


Fleurier

La Chaux-de-Fonds

Le Locle

Neuchâtel

# Rapport d'activité 2009












# Sommaire


| | | |
|---|---|---|
| 1. | Introduction | p. 5 |
| 2. | Rapport du Président | p. 9 |
| 3. | Rapport sur le développement et la coordination de la prévention | p. 13 |
| 4. | Rapport sur le jeu excessif | p. 19 |
| 5. | Rapport des Comités de gestion | p. 25 |
| 6. | Aperçu des prestations de la FNA | p. 31 |
| 7. | Thème : le traitement (par le CPTT) | p. 37 |
| 8. | Thème : l'aide à la survie (par le CAPTT) | p. 41 |
| 9. | Thème : la place des groupes dans l'accompagnement des patients du CENEA (par le CENEA) | p. 49 |
| 10. | Thème : les ados – Cannado et Le Râteau (par le DROP-IN) | p. 59 |
| 11. | Conclusion | p. 77 |
| 12. | Annexes I: les statistiques 2009, les équipes et les remerciements | p. 83 |
| 13. | Annexes II : le rapport des vérificateurs de comptes | p. 99 |

# Introduction

M. Marcel Cotting, directeur du CPTT

# Introduction

Addictions. Ou plus exactement : conduites addictives. Ces termes en ont remplacé d'autres au cours de ces dernières décennies : de l'alcoolisme, en passant par l'héroïnomanie, la cocaïnomanie, les toxicomanies aux différents produits, du cannabis aux médicaments ; les spécialistes, par leurs recherches, y ont ajouté les addictions sans substance : le jeu excessif, les achats compulsifs, le sexe compulsif etc.… L'anorexie mentale et la boulimie font aussi partie de ces conduites par le mode de pensée et de comportement, même si, pour l'instant, la FNA n'a pas de mission spécifique à ce sujet.

Du point de vue symptomatique et du fonctionnement psychique lié à la dépendance affective pathologique, ces conduites ont, en commun, un style de pensée, de cognition, de réactivité émotionnelle, de mode relationnel à autrui, de comportement. Néanmoins, il ne faudrait pas oublier que dans les prises en charge, les populations concernées ne sont pas homogènes et couvrent un vaste champ de besoins, en fonction de l'âge, du sexe, du/des symptômes, des effets physiologiques et psychiques, de la réalisation sociale, affective et professionnelle, de l'insertion actuelle et/ou future, enfin de la comorbidité psychiatrique.

Ces changements laissent à penser, que petit à petit, les personnes souffrant de conduites addictives soient de moins en moins stigmatisées comme déviantes ou manquant de volonté, mais comme des citoyens qui souffrent d'une maladie, certes chronique, mais dont les symptômes peuvent s'amender (la maladie n'est jamais une liberté, mais toujours une contrainte et la marge de manœuvre de la personne est restreinte, mais non dépourvu d'espoir). Ils permettent encore de penser que la personne ne sera plus réduite à ses symptômes psychopathologiques (un schizophrène…, un toxicomanes… un névrosé). Elle est en effet beaucoup plus que ça!

C'est pourquoi les addictions ont une place particulière dans le champ sanitaire et social et nous n'avons de cesse d'interroger et le terrain et la clinique. Cette manière de concevoir le travail a nécessairement un impact sur l'organisation institutionnelle et sur l'enchevêtrement des gouvernances. Le champ opérationnel et le champ stratégique s'interpénètrent et se chevauchent. Même si un effort de clarification est toujours nécessaire, il n'en reste pas moins que des zones floues subsisteront.

La FNA (Fondation Neuchâtel Addictions qui a pris la place, il y a deux ans de la Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des toxicomanies) présente pour la première fois un rapport commun, et non un rapport par centre. Chaque entité a apporté sa contribution par un chapitre avec sa réflexion, sa manière de faire, sa créativité. Néanmoins, il faut souligner que chaque centre de compétence assume l'ensemble du dispositif ambulatoire neuchâtelois, avec quelques particularités liées à la région et à la culture institutionnelle.

# Rapport du Président

M. Antoine Wildhaber, Président de la Fondation

## Rapport du Président

Le bilan 2009 des activités de la FNA est chargé : le comité de direction de la FNA s'est réuni à 8 reprises au cours de l'année. Le climat de réformes et les réflexions sur le regroupement des forces dans les différentes institutions cantonales en sont les causes principales. Le dispositif des addictions est bien évidemment touché.

La réorganisation des institutions actives dans la prise en charge résidentielle ou ambulatoire des personnes souffrant d'addictions dans un nouveau Dispositif Neuchâtelois des Addictions (DNA) a été au centre de nos préoccupations durant les premiers mois de l'année 2009. L'urgence de la mise en place du DNA n'avait plus la même actualité en fin d'année. Ce grand chantier qui nous a pris beaucoup d'énergie et de temps nous a toutefois permis d'optimiser le décloisonnement des activités de la FNA : vision plus globale de l'étendue de ses prestations et collaborations plus intenses entre les 4 centres, mise en place de règles de fonctionnement communes avalisées par le comité de direction. La FNA poursuivra les démarches d'optimisation de son fonctionnement tout en préservant le maintien d'une structure « légère » garantissant un maximum de réactivité car l'addiction est le domaine de la complexité. Les doctrines se modifient au gré des nouvelles connaissances scientifiques.

La présentation du rapport d'activité 2009 de la FNA est le signe de ce souci de décloisonnement et de recherche d'une visibilité accrue de son image. Il n'est plus constitué de la juxtaposition des rapports des différents centres. C'est une contribution collective qui permettra au lecteur de s'informer d'une manière plus complète et plus lisible.

Le comité de direction se réjouit de la création de la commission du personnel. Deux membres du bureau de cette commission participent aux séances du comité de direction et du conseil de fondation.

La « Lutte contre la dépendance au jeu pathologique » est une nouvelle prestation de la FNA. La première campagne cantonale d'information a été conçue et réalisée au cours de cette année. Le présent rapport relate les premiers contacts et prises en charge de patients souffrant d'une addiction au jeu d'argent.

Le comité de direction a également entamé des négociations avec Santé-suisse pour établir une nouvelle convention tarifaire. Cette convention a été rapidement reconnue par l'ensemble des membres de Santé-suisse. Elle donne satisfaction aux deux parties et est effective depuis le 1er janvier 2010.

La FNA a prouvé qu'elle a sa place dans le dispositif de prise en charge des dépendances pathologiques. Elle est un partenaire apprécié des professionnels médico-psycho-sociaux de notre canton. Plus unie et mieux organisée, elle est prête à poursuivre son travail dans le nouveau réseau cantonal des soins ambulatoires et résidentiels qui sera mis en place ces prochaines années.

Le conseil de Fondation remercie le groupe de travail chargé de la répartition de la dîme sur l'alcool et la Loterie romande pour leur soutien financier. Il adresse sa gratitude à l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs pour leur engagement au service des patients souffrant de dépendance pathologique.

De plus amples informations sont à disposition sur le site www.fondation-neuchatel-addictions.ch.

Neuchâtel le 19 mai 2010

Au nom de la FNA
A. Wildhaber, président

# Rapport sur le développement et la coordination de la prévention

Mme Valérie Wenger Pheulpin, coordinatrice de la prévention

# Développement et coordination de la prévention

Durant l'année 2009, les actions menées par le « pôle prévention » de la Fondation ont encore visé la réduction des distinctions entre produits psychotropes légaux et illégaux.
Le point de vue plus généraliste adopté met en évidence les motivations, les bénéfices et les inconvénients de certains comportements de consommation. Les ressources à disposition pour éviter l'apparition de facteurs de risque sont identifiées et valorisées.
La prévention centrée sur le contexte est développée le plus systématiquement possible. Il s'agit pour cela d'initier des processus de promotion de la santé qui tendent à favoriser l'instauration d'un climat propice au maintien de la santé psychique, physique et sociale et à son développement.
Cette année, la notion des addictions sans produit a été proposée systématiquement à la réflexion des élèves du secondaire I et II. Un concours de film de prévention des addictions a aussi permis aux 12-25 ans de s'emparer de cette thématique.
Les centres de la Fondation ont acquis une certaine routine dans le travail en commun et c'est avec aisance qu'ils ont conjointement réalisés diverses actions.

## Projets

La campagne « **Be my angel (BMA)** » s'est poursuivie et le message proposant la sobriété au volant (ou au guidon) s'applique systématiquement à la consommation de tout produit psychotrope qu'il soit légal ou illégal. La population accueille favorablement ce message. Lors des manifestations tout public, un dialogue autour des questions de la consommation responsable est fréquemment entamé et la population semble encourager ce genre d'action. Pour les jeunes interlocuteurs, mettre sur pied d'égalité alcool et drogues illégales ne pose pas de problème, en tout cas du point de vue de la sécurité routière. La notion d'abus commence aussi à être intégrée dans une réflexion plus globale sur l'usage de produits psychotropes légaux et illégaux
Les thématiques de la consommation modérée et la définition de l'abus sont abordées grâce à la diffusion d'un petit prospectus dénommé « Ca roule ? ». Il comprend un test d'auto-évaluation de la consommation pour le cannabis ainsi qu'une présentation de la consommation abusive d'alcool. Un encouragement à la réflexion et le recours aux centres spécialisés sont proposés lorsque la consommation entraîne des dérapages. La lecture de ce petit feuillet d'information suscite de l'intérêt et des questions de la part du public lors de la tenue de stands dans les manifestations festives par l'un ou l'autre des Centres de la Fondation.
BMA est un programme de prévention par les pairs. Les jeunes qui sont embauchés pour ce travail reçoivent actuellement une courte formation de base très spécifique à la campagne BMA. Pour l'année à venir, le pôle de prévention a le projet de profiter de cette équipe pour essaimer dans le contexte des manifestations festives notamment, des messages de limitation des dommages. Ceci nécessitera de mettre sur pied un complément de formation. A cette occasion, il est envisagé de proposer une formation de base pour tous les «pairs » qui œuvreraient dans les différents projets de la Fondation.

La FNA a participé en 2008 à l'**Enquête sur les bonnes pratiques en prévention dans les milieux festifs** menée par Radix. En 2009, la discussion des résultats et la mise en forme de leur présentation ont été travaillées dans la plateforme Nightlife/Prevenfête du GREA (à voir sur le site www.addiction-info.ch, ex-ISPA). La coordinatrice de la prévention a participé à ce

groupe. Fin 2009, la présentation des résultats au chef de l'office du commerce fut une opportunité pour lister les pistes de travail pour lesquelles une collaboration avec les autorités cantonales semble possible. Dans le canton, beaucoup de progrès sont envisageables du point de vue de la réduction des nuisances sonores, de la protection de la jeunesse et de la réduction des risques. Constituer un réseau d'intervenants capables de collaborer en vue de l'organisation de fêtes réussies, du point de vue de la prévention, est un objectif prioritaire pour l'année à venir.

2009 a vu le programme « **Détection et intervention précoces (D+IP)** » arriver à son terme pour les 7 établissements scolaires participants du canton.
Le projet D+IP entre les services spécialisés et les écoles s'inscrit dans le cadre du plan d'action 2004-2007, « Prévention du cannabis », de l'OFSP.
Pour rappel, l'école en partenariat avec le service spécialisé développe un concept sur mesure pour la détection et l'intervention précoces et le met en œuvre. La collaboration entre les différents acteurs permet une gestion constructive et professionnelle des difficultés des élèves, quelles que soient les difficultés qu'ils rencontrent. Un pan de cette démarche concerne plus particulièrement les directions d'établissements scolaires, les enseignants et les conseillers aux élèves qui sont sollicités afin d'établir des partenariats et de développer des collaborations.
La thématique du projet est étendue, elle dépasse la prise en considération de la seule consommation de cannabis ou d'autres produits. Les signes les plus divers associés à un développement présentant des difficultés sont pris en compte.
Pour les centres de la Fondation, D+IP présente l'avantage de prévoir d'emblée de recourir avec un même partenaire à la fois à la prévention universelle, à la prévention sélective et à la prévention indiquée.
La poursuite de collaborations, non contractuelles cette fois-ci, est prévue. Elle nécessitera certainement de la vigilance car les grilles horaires des uns et des autres sont vite remplies par les activités actuelles. Garantir la pérennité des bénéfices est un nouveau défi pour les différents acteurs de la D+IP. Ce souci est aussi porté par le groupe romand constitué des services spécialisés ayant participé à la première volée D+IP ainsi que de la HEF-TS qui a piloté la formation : il a prévu de mettre en ligne une sorte de répertoire des bonnes pratiques.
Une deuxième volée débutera en juin 2010. Le pôle prévention tente de rallier à ce projet de nouveaux établissements du canton. Cela ne s'avère pas aisé. Les établissements scolaires se consacrant prioritairement aux changements que la mise en œuvre d'Harmos et du PER engendreront. Pour l'instant, seul une direction a réussi à dégager du temps pour cette démarche d'établissement.

Les centres de la Fondation continuent à participer activement à plusieurs plateformes du **Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA).** En ce qui concerne la prévention et l'intervention précoce, le travail se poursuit notamment au sein des plateformes - Prévention, - Ados, - Nightlife, - Jeu. Ce travail à un niveau romand est indispensable pour faire évoluer les pratiques tout en évitant de réinventer la roue chacun pour soi. De surcroit, dans un certain nombre de domaines, les préoccupations romandes rejoignent celles de la Suisse alémanique. Ainsi le GREA et le FVS (Fachverband Sucht) son pendant alémanique, relayent au niveau national les préoccupations et les considérations communes émanant des professionnels du terrain. Pour les professionnels, ce soutien extra-cantonal est précieux et apporte de la crédibilité à certaines de leurs propositions. Disposer d'argumentaire de base commun, représente par exemple un précieux gain de temps lors de l'élaboration ou de la mise en œuvre d'un projet.

La campagne nationale « **L'éducation donne de la force (EDF)** » a vécu son épisode neuchâtelois de septembre 2008 à novembre 2009. A cette occasion, la Fondation a édité une série de flyers destinés aux parents et aux proches des adolescents. Ils décrivent les différentes prestations que les centres de la Fondation offrent dans chaque région du canton. Il s'agit de promouvoir l'écoute et le coaching des parents, de proposer des bilans et du soutien aux adolescents en cas de consommation problématique d'alcool ou de cannabis et de mettre en place un coaching scolaire pour les jeunes menacés d'échec scolaire ou d'exclusion.
A l'issue des 18 mois de la campagne neuchâteloise, les membres de l'Association EDF-NE n'ont pas souhaité dissoudre leur Association. Ils entendent poursuivre le processus de (re)connaissance mutuelle entamé dès 2008. Des zones d'activités voisines ont été identifiées, des canaux de communication communs ont été établis et une présentation plus harmonieuse et coordonnée de l'offre a vu le jour dans certain domaine. Le sentiment d'avoir devant soi « une jungle de services juxtaposés » sans lien entre eux est diminué.

En 2009, la Fondation a lancé **PREVENClip**, un concours de film de prévention des addictions destiné aux jeunes de 12 à 25 ans. Le thème des courts métrages devait être en rapport avec l'addiction au sens large du terme (alcool, cannabis, tabac, jeux d'argent, internet, ...) ou avec toute problématique associée à la consommation ou à l'usage de ces différents produits/activités. Les participants pouvaient parler des comportements à risques mais également de leurs conséquences sur la vie des jeunes (perte de contrôle, diminution de la qualité de vie, violence, accident, pratiques sexuelles à risque, échec scolaire, baisse de performance ...).
Au final, 15 films ont pu concourir lors de la soirée de projection publique le 26 février 2010. Plus d'une soixantaine de jeunes se sont investis dans le projet jusqu'à son terme. Une vingtaine d'inscrits n'a finalement pas mené l'expérience jusqu'au bout en raison du délai jugé trop bref ou pour d'autres motifs techniques ou personnels. Ainsi, plus de quatre-vingt jeunes se sont penchés sur la thématique des addictions. Plusieurs des films proposés abordaient la question des addictions sans substance ou de l'usage problématique de certaines activités (boulimie, anorexie, jeux vidéo, jeux d'argent, nouvelles technologies de communication). Pour le pôle de prévention, il fut relativement surprenant de constater à quel point le jeune public cernait bien la problématique des addictions au sens large du terme !
Tous les films furent projetés au Temple du bas à Neuchâtel sur un écran géant et grâce a l technique et au matériel de professionnels. La Fondation a eu la chance de pouvoir bénéficier, moyennant rémunération, des installations plus que performante du Festival Courgemétrage. La Ville de Neuchâtel nous a quant à elle permis de disposer gratuitement de la salle. Nous saisissons cette occasion pour remercier chaleureusement aussi bien les organisateurs du Courgemétrage que la Ville de Neuchâtel. Les jeunes participants ont été très valorisés par cette projection de grande qualité. La compilation sur DVD des courts métrages est en cours d'utilisation lors de séquences de prévention dans le contexte scolaire. Les premières expériences se révèlent prometteuses. Ces clips de prévention réalisés « par des pairs » amorcent des discussions et des réflexions nourries. Le bilan de cet usage est cependant encore prématuré.

Les activités de prévention en milieu scolaire ou plus précisément destinées aux élèves du secondaire I e II ont été proposées sous un angle un peu nouveau. Une affiche prévue pour le choix des ateliers lors des Journées santé ou l'introduction de la thématique a été créée :
**Plaisir, addictions : comment ça marche ?**
Cette nouvelle accroche fonctionne bien et les 14-18 ans identifient sans difficulté les différents avatars relatifs à la consommation de produits psychotropes ou à la pratique d'activités suscitant de fortes sensations et/ou susceptibles de devenir problématiques.
Un mot encore des Journées santé du GIS qui connaissent un succès grandissant auprès des directions des établissements scolaires du Littoral Neuchâtelois et au-delà. Cela ne va pas sans poser des problèmes de disponibilité et de moyens pour les centres de la Fondation. L'année

2010 sera vraisemblablement l'année de la (re)négociation de ces prestations avec les demandeurs. Cette tension révèle bien le malaise qui perdure depuis des années dans le canton en ce qui concerne « la médecine scolaire ». Comment prévoir des prestations de façon équitable pour la population adolescente lorsqu'aucune planification cantonale et coordonnée n'existe ?

Depuis fin 2007, la Fondation s'est vue confier le mandat de «**Lutte contre la dépendance au jeu pathologique** » par le Conseiller d'Etat en charge du Département de la santé et des affaires sociales. Un compte rendu, au terme des deux premières années du mandat, fait l'objet d'un chapitre spécifique du rapport d'activités de la Fondation. Il s'intitule : JEU EXCESSIF.

Simultanément aux activités déjà décrites, les centres de la Fondation continuent à donner de très nombreuses informations. Ils contribuent au travers de leurs multiples rencontres à développer le travail en réseau. Chaque année de nouveaux liens se créent avec différents interlocuteurs et les demandes qui sont faites aux membres du « pôle prévention » dénotent d'une plus grande connaissance de la part du public des prestations offertes par la Fondation.

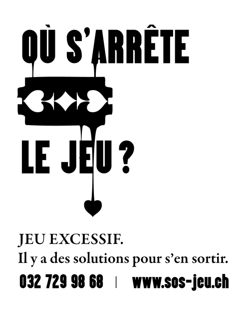
La tendance de ces derniers mois tourne autour de la préoccupation des collectivités publiques pour la **gestion des nuisances dans l'espace public**. Dans un premier temps, l'alcoolisation des jeunes est souvent mise en avant. Deux villes du canton ont mis en place des groupes de travail qui planchent sur les thèmes de la promotion de la santé, de la prévention et des mesures à mettre en œuvre pour garantir à la jeunesse locale un cadre favorable à son épanouissement et au développement harmonieux du « vivre ensemble intergénérationnel» dans l'espace public.
Cependant la tentation de vouloir tout prévoir et contenir dans un cadre réglementaire assorti de toutes sortes de mesures se référant à la responsabilité individuelle doit être contrebalancée par un travail, au moins équivalent, au niveau de la prise en compte de la compétence et la responsabilité collectives face à une problématique. L'association de mesures structurelles bien explicitées et accompagnées constitue également un complément indispensable. Une vision transversale de la promotion de la santé et de la prévention reste centrale pour l'élaboration d'un système propice au maintien et au développement de la santé bio-psycho-sociale de tout citoyen.

Le Conseil d'Etat a organisé, en automne 2009, les **Etats généraux de la santé**. Un des ateliers de la journée était consacré à la promotion de la santé et la prévention. Plus de 37 participants représentant des entités très variées ont répondu à la question : **Promotion de la santé : Quelle politique avec quels moyens ?** En très résumé, il a été affirmé qu'il était primordial d'**introduire la promotion de la santé au coeur des décisions politiques** quel que soit le domaine d'activité concerné. Ce filtre (grille de lecture) utilisé de façon transversale dans les différents départements permettrait d'ancrer la promotion de la santé et de diminuer les clivages et décisions antagonistes dont les conséquences sur la population la plus vulnérable ne sont plus à démontrer. Le canton ne se distingue-t-il pas négativement dans les enquêtes de santé notamment pour les problématiques de santé mentale ? Ce constat, jugé inacceptable par le Conseil d'Etat, l'a d'ailleurs mené à créer un groupe de travail afin d'élaborer un plan cantonal de la santé mentale. En tant qu'acteurs en promotion la santé et en prévention, les professionnels de la Fondation se rallient et soutiennent la proposition énoncée lors des Etats généraux de la santé.

# Rapport sur le jeu excessif

Mme Valérie Wenger Pheulpin, coordinatrice de la prévention

M. Jean-Marie Coste, coordinateur traitement et consultation pour le jeu excessif




## Introduction

Fin 2007, la Fondation s'est vue confier le mandat de «**Lutte contre la dépendance au jeu pathologique** » par le Conseiller d'Etat en charge du Département de la santé et des affaires sociales. Le montant alloué chaque année par la loterie romande au canton de Neuchâtel (0,5% du revenu brut des jeux) lui est remis afin d'assumer **un mandat de prévention et de traitement du JEU EXCESSIF dans le canton de Neuchâtel**.
Ce rapport rend état des actions entreprises dans le domaine du traitement et de la prévention du jeu excessif. Rappelons que lorsque l'on parle de dépendance au jeu pathologique ou de jeu excessif, on fait habituellement référence au DSM IV (manuel diagnostique psychiatrique) qui inclut uniquement les jeux impliquant une mise d'argent (ou objet de valeur) et dont l'issue dépend du hasard. Pour clarifier ce point de vue, on parle alors de jeux de hasard et d'argent (JHA). Cette définition distingue les JHA d'autres addictions comportementales comme par exemple la dépendance aux jeux vidéos ou les achats compulsifs qui n'impliqueraient ni gains potentiels, ni hasard.

## Secteur prévention du jeu excessif

### Un constat

Le jeu excessif est une pratique peu connue en Suisse romande, qui touche cependant un nombre important de personnes, estimé à 15.000 et entre 50.000 et 100.000 au niveau national. Les conséquences de cette activité sont souvent dramatiques et méconnues.

### Dans le canton de Neuchâtel

C'est environ 130.000 personnes concernées par extrapolation des études effectuées en Suisse et en les rapportant à la population adulte du canton.
1.300 personnes sont considérées comme joueurs pathologiques, 2.600 seraient des joueurs à problèmes ce qui porte à un peu moins de 4.000, les personnes à risque de souffrir de dépendance au jeu dans le canton.
Le jeu excessif relève dès lors d'un problématique sociale et sanitaire préoccupante pour la santé publique.

### Une campagne d'information

La Fondation a conçu et réalisé en 2009, une campagne cantonale d'information **«Où s'arrête le jeu ?» - JEU EXCESSIF, il y a des solutions pour s'en sortir.**
Cette campagne se proposait de donner à la population une information objective et exhaustive sur la thématique du jeu excessif en utilisant des moyens de communication idoines (affiches, prospectus, spots TV,…). Elle a diffusé un message clair concernant les possibilités d'abandon du jeu ou d'un retour à un usage peu problématique. Elle souhaitait aussi favoriser l'accès au traitement en diffusant largement le n° de téléphone attribué au programme – **032 729 98 68**.
Il est aussi prévu dès 2010 d'approcher la population à proximité des lieux de jeu. De petits documents au format d'une carte de visite seront distribués et incluront un auto-test « Accro au jeu? », des trucs et astuces pour limiter les risques de perte de contrôle et sur chacun de ces supports figura clairement l'affirmation qu'il y des solutions pour s'en sortir.

L'objectif final est évidemment de favoriser l'accès, si possible précoce, au traitement.

**Une offre en prévention**
Conjointement, le travail en réseau avec les professionnels partenaires a été développé afin d'inciter à la détection précoce des difficultés liées au jeu excessif.
Pour compléter ces mesures et en collaboration avec le PILDJ (programme romand pour la lutte contre la dépendance au jeu, piloté par le GREA), un module d'information et de sensibilisation pour les professionnels du réseau socio-sanitaire neuchâtelois a réuni une quinzaine de professionnels du canton durant une journée en septembre.
Des modes de collaboration avec les organisateurs de tournois de poker sont en voie d'élaboration. Le développement de liens, avec les dépositaires de jeux de la Loterie Romande, afin de promouvoir et soutenir au mieux le concept de jeu responsable est aussi une priorité pour le groupe de travail « Où s'arrête le jeu ? ».

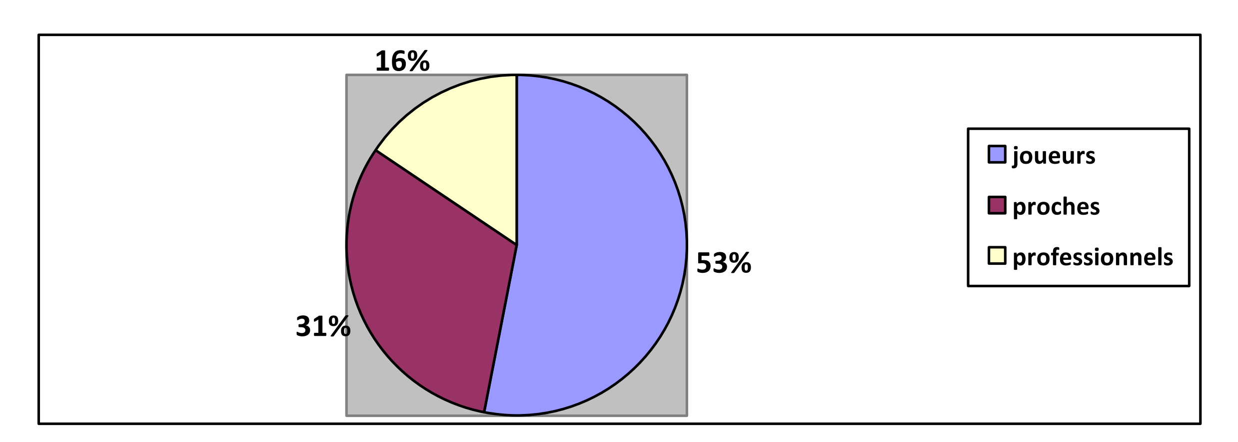
## Secteur consultation spécialisée liée au jeu excessif

La consultation pour la dépendance au jeu excessif de la FNA est constituée d'une ligne téléphonique centralisée qui réceptionne tous les appels concernant la problématique du jeu. Cette ligne téléphonique a été mise en place afin de faciliter l'accès au traitement et de distinguer le programme de traitement jeu de la FNA des autres offres de traitement concernant les addictions aux substances. Une prise de rendez-vous peut ensuite être proposée rapidement dans un des **deux lieux de consultation spécialisée mis à disposition par la FNA : au Drop-in de Neuchâtel et à la Balise à la Chaux-de-Fonds**. Ces lieux de consultation spécialisée sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire, ceci afin de favoriser une approche globale de la problématique. L'offre de soins va du simple « counselling » à des prises en charge plus structurées. On peut proposer en fonction des besoins : une approche motivationnelle, une psychothérapie de soutien ou familiale, et une thérapie cognitive spécifique de l'addiction au jeu. La dimension sociale est également prise en considération.

**Contacts jeux excessifs**
En 2009, **nous avons recensé 32 nouveaux contacts** faisant appel à la ligne téléphonique jeu, ce qui correspond à une légère augmentation par rapport à 2008, augmentation qui peut être attribuée à une meilleure visibilité de notre offre de traitement grâce notamment à la campagne de prévention qui a été menée durant l'année en cours.



La répartition des contacts est la suivante :




La majorité des contacts est effectuée directement par les joueurs. Toutefois, certains de leurs appels ont été précédés par un contact préalable d'un proche qui se renseignait sur l'offre de soins existante. La majorité des proches qui ont pris contact par téléphone se sont rendus sur place pour une entretien plus approfondi. Dans quelques cas, des entretiens de soutien dans la durée ont été proposés aux proches.

**Caractéristique des joueurs (n = 17)**
Classiquement, on constate une majorité d'homme qui consulte par rapport aux femmes. Cette année la proportion est très nette (82% d'homme). Un peu plus de la moitié des demandes de consultation débouchent sur un suivi thérapeutique spécialisé composé de plusieurs séances. Dans les autres cas, la prise de contact s'est limitée à du counselling qui va du simple entretien téléphonique à une, voire deux séances « d'information-bilan-orientation ». Au niveau géographique, on constate que la majorité des patients provient du bas du canton, ce phénomène peut s'expliquer par la création plus récente de la consultation jeu dans le haut du canton qui impliquerait une connaissance encore restreinte du service par les joueurs et le milieu professionnel du haut du canton. Des actions permettant d'augmenter la visibilité de l'offre, par exemple en se rendant sur certains lieux de jeu, sont à envisager.

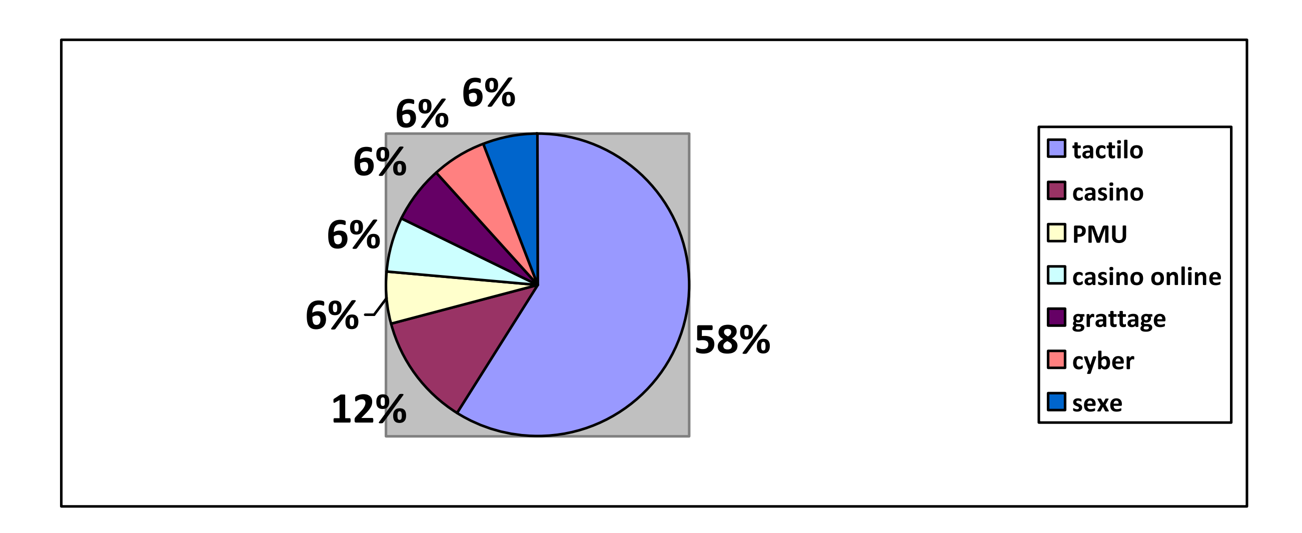
*Genre :*
- 3 femmes
- 14 hommes

*Type de suivi proposé :*
- 9 thérapies
- 8 counselling

*Provenance par district :*
- Neuchâtel : 7
- Boudry : 5
- CDF : 4
- Le Locle : 1

**Jeu principal posant problème et motivant la consultation (N=17)**
En général, les joueurs pratiquent en même temps plusieurs types de jeux de hasard et d'argent. Toutefois, il est fréquent de constater lors de la première consultation que le joueur estime que c'est la pratique actuelle d'un jeu en particulier qui lui pose problème et motive ainsi la consultation. Nous n'avons retenu dans cette statistique que le jeu principal qui motive la consultation. Nous constatons que le Tactilo est le plus souvent cité, ce qui n'est pas véritablement une surprise. En effet, ceci avait déjà été constaté en 2008 et peut en partie s'expliquer par l'absence de casinos dans le canton de Neuchâtel.

Nous pouvons également constater que la mise en place d'une consultation jeu draine d'autres demandes d'addiction comportementale. Nous avons eu des demandes concernant la cyberaddiction, mais également l'addiction au sexe. Par contre cette année, nous n'avons pas rencontré de demandes concernant une addiction au jeu d'argent online, bien que l'on sache que cette industrie est en plein essor.



# Rapport des Comités de gestion

Mme Marie-France Oberbeck,
Présidente du comité de gestion du CAPTT

M. Jämes Daellenbach,
Président du comité de gestion du DROP-IN

M. Claude Laperrouza,
Président du comité de gestion du CENEA

M. Michel Schaffter,
Président du comité de gestion du CPTT

## Rapport 2009 des Comités de gestion du CAPTT, du CENEA, du CPTT et du DROP-IN

Les Comités de gestion exercent un mandat d'autorité sur les différents Centres, dans le cadre de la Fondation. Ils appuient les directions et les équipes dans leurs activités. Les directeurs, ainsi que certains membres des équipes, participent aux séances. Durant l'exercice écoulé, leur mandat les a amenés à traiter des questions suivantes :

- Rapports
- Comptes 2008
- Budget 2010
- DNA
- Gestion du personnel
- Grippe H1N1
- Questions pratiques discutées avec les représentants de l'équipe / retours du terrain
- ANMEA / CRIAD

Voici, pour chaque Centre, quelques éléments propres liés à l'année 2009.

## CAPTT

Composition

Mmes Marie-Claude Blaser, Marie-France Oberbeck, Me Chantal Brunner Augsburger, MM. Serge Franceschi, Simon Perritaz, André Beuret, Pierre-Alain Rumley, Luca Fumagalli.

Séances

4 (21 janvier, 22 avril, 26 août et 25 novembre).

Activités propres

Le Comité a accueilli deux nouveaux membres : M. Pierre-Alain Rumley représente la commune de Val-de-Travers, Mme Marie-Claude Blaser la commission du personnel de la FNA, récemment créée.

Le Comité s'est efforcé de soutenir au mieux une équipe de professionnels enrichie depuis le mois de mars d'une nouvelle collègue en formation (référente psychosociale), Nadia Jeanmonod, ce qui porte l'effectif à 8,2 postes (ETP).

Et il n'a pas été facile de garder le cap face à une grosse vague de consommation effrénée de cocaïne au sein des patients – 73 dans l'année - et dans un contexte de turbulences politico-énonomiques en dents de scie.

Malgré tout, le CAPTT a su faire preuve de créativité et de faculté à rebondir. Le Comité de gestion a ainsi apprécié :

- Le nouveau mode d'emploi des prestations assorti de supports de travail et d'outils d'évaluation ad hoc. Une réorganisation d'horaire avec accueil chaque matin, nouveaux groupes, d'échange et de parole (moment citoyen), occupationnels (repas hebdomadaire), nouvelles règles établies après consultation des patients.
- La stabilité du budget, toujours dans les cordes
- L'avancement de divers travaux nécessaires au centre – crochets sur le toit, mur extérieur, réfection des toilettes du 1er étage, ouverture sur la cour avec passerelle pour fumeurs – et qui ont nécessité une demande de fonds auprès de la Loterie Romande (Fr. 30'572.-), demande acceptée.
- La réflexion de l'équipe dans le domaine de la prévention avec la volonté de développer les plages-santé sur le plan civil et d'étendre ces nouveaux modules aux familles, enseignants et professionnels concernés. Avec à la clé une demande de subvention à la Dîme.

## CENEA

Composition

Mme Francine Delcoso, Mme Céline de Weck-Immelé, M. Claude Laperrouza,
M. Adrien Laurent, M. J. Laurent.

Séances

3

Activités propres

Le Comité a titularisé M. D. Conant au poste de directeur et il a présidé à deux changements majeurs pour l'institution, réalisés en parfaite collaboration avec le SES : le déménagement du service de Neuchâtel dans de nouveaux locaux (Poudrières 137) et l'engagement d'un psychiatre à plein temps en la personne du Dr G. Gabrielli.

Le déménagement dans des locaux plus vastes et d'une accessibilité parfaite va permettre une pratique plus intime des activités habituelles d'entretien en même temps une offre de place pour des réunions de groupes constitués ou en développement. Ainsi, on pourra développer une offre plus étoffée, pratiquer des sevrages ambulatoires, et, en collaboration avec l'ISPA, on pourra accueillir un groupe thérapeutique pour les enfants de personnes alcoolo-dépendantes.

Le Dr Gabrielli, en tant que psychiatre du CPS et consultant en alcoologie pour l'Hôpital de la Béroche, a travaillé pour le CENEA comme consultant depuis 2008. Sa nomination au poste de responsable médical du CENEA permet une étroite collaboration avec le CNP et HNE pour les patients qui ont besoin d'un sevrage hospitalier ou d'un séjour de « mise au vert » type post-cure. Cependant, avec la fermeture de La Rochelle, les placements à moyen terme des patients du CENEA à La Béroche posent un problème de financement car ils ne sont pas pris en charge par les caisses-maladie et la plupart des patients du CENEA ne peuvent pas assumer cette charge financière. Ces difficultés de financement ont été exposées à Mme G. Ory lors de sa visite au CENEA à fin août, le Comité espère qu'elles trouveront rapidement une solution.

## CPTT

Composition

Mme K. Babey-Falce, Dr. P.-A. Lang, M. J. Laurent, M. D. de la Reussille, M. M. Schaffter, M. Y. Scheurer, M. J.-P. Veya.

Séances

4 (31 mars, 8 septembre, 24 novembre, 22 décembre).

Activités propres

Le Comité a accueilli le nouveau médecin, le Dr J. Riesen. Le début de la collaboration lui apparaît comme très prometteur. Il a discuté et validé la nouvelle procédure adoptée pour les traitements de substitution. Il a entamé une réflexion sur le fonctionnement, partant sur l'avenir de La Girandole au Locle.

## DROP-IN

Composition

M. P. Borer, M. F. Dubois, M. L. Fumagalli, M. D. Perdrizat, M. C.-A. Vuille, M. J. Dällenbach.

Séances

5

Activités propres

Pour une partie essentielle, celles-ci ont donné l'occasion de débattre des mesures d'économie et du Dispositif Neuchâtelois de l'Addiction.

Un projet immobilier est à l'examen à l'endroit où se trouve le jardin potager, soit à la rue Edmond-de-Reynier, à Neuchâtel. Des démarches ont été engagées pour aboutir à un accord avec la Ville de Neuchâtel au terme duquel l'institution disposera de locaux et terrains pour installer un jardin-potager social à la Ferme de Pierre-à-Bot.

Le Comité de gestion a engagé une réflexion en vue de la retraite du directeur de l'institution, le Docteur Pierre-Alain Porchet, en août 2011.

## Conclusion générale

Les Comités relèvent que les éléments apparaissant dans le présent rapport sont positifs. Ils marquent la volonté de la Fondation et de l'Etat d'investir dans l'aide aux personnes souffrant d'addictions. Ces signes positifs sont d'autant plus louables qu'ils ont été donnés dans une période de fragilisation et de fatigue : DNA encore et toujours, immense serpent de mer inabouti…Trop d'heures pour les directeurs des centres de la FNA passées autour d'une table – et non sur le terrain - pour instaurer un pont avec le résidentiel, pondre un document de consensus, répondre à des desiderata politiques fluctuants. Et le choix, au terme de cet exercice difficile, de se recentrer autour de la FNA, de ses acquis, de rendre la fondation plus visible et lisible avec un lexique de ses prestations. Sans oublier le développement d' une réflexion autour de la médicalisation avec un groupe de travail réunissant médecins et collaborateurs des quatre centres. La satisfaction devant le bilan de l'exercice 2009 ne doit pas faire oublier les interrogations légitimes portant sur l'avenir.

Les Comités remercient ainsi les équipes des quatre centres de leur engagement constant pour assurer l'aide, les soins et l'accompagnement aux personnes souffrant d'addiction.

| Pour le CAPTT | Pour le CENEA | Pour le CPTT | Pour le DROP-IN |
|---|---|---|---|
| *La présidente :* | *Le président :* | *Le président :* | *Le président :* |
| M.-F. Oberbeck | C. Laperrouza | M. Schaffter | J. Dällenbach |

# Aperçu des prestations de la FNA

## Aperçu des prestations de la FNA

Pluraliste, indépendante et apolitique, la **Fondation Neuchâtel Addictions** offre des prestations de prévention, de traitement et de réduction des risques.

Notre Fondation est un pôle de compétences et d'expertise, dotée d'une équipe de professionnels spécialisés dans le domaine des addictions et actifs dans quatre centres, le **CAPTT** (Centre d'aide de prévention et de traitement de la toxicomanie à Fleurier), le **CENEA** (CEntre NEuchâtelois d'Alcoologie, à la Chaux de Fonds et Neuchâtel), le **CPTT** Centre de Prévention et de Traitement des Toxicomanies à la Chaux de Fonds) et le **Drop-In** (centre d'informations et de traitement des addictions à Neuchâtel).

Nous mettons également en place des actions coordonnées, sous forme par exemple de campagnes de communication

### Nos valeurs

Nous faisons nôtre les recommandations de la commission cantonale des addictions:

*"Aucune société ne peut exister sans solidarité et sans liens. Nous affirmons la nécessité pour la société d'intégrer tous les groupes et individus qui la composent, exprimée par la notion de promotion de la qualité de vie, prenant en compte les notions de santé physique, psychique et d'intégration sociale.*
*Comme les personnes souffrant d'addiction peuvent faire partie de groupes menacés d'exclusion et de marginalisation, des mesures d'intégration sociale et de promotion de la santé doivent être prises.*

*Dès lors, nous souhaitons que les politiques concernées soient définies en fonction des points suivants:*

- *donner la priorité à la promotion de la santé et à la prévention;*
- *renforcer les solidarités et les liens sociaux;*
- *respecter le pluralisme culturel et les minorités;*
- *donner la priorité à la complémentarité sur la compétitivité, à la coopération sur la performance;*
- *permettre à tous les groupes de la société de participer démocratiquement et inscrire les actions dans une vision de développement durable".*

### Nos publics

La Fondation Neuchâtel Addictions s'adresse :

- **à toutes les personnes qui consomment des produits psychotropes licites ou illicites** (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, etc.) de manière peu problématique, problématique ou dépendante.

- **à toutes les personnes qui adoptent au travers d'une activité** des comportements susceptibles d'entrainer un mésusage ou une dépendance (jeu excessif, cyberdépendance, achats compulsifs, etc.)

- **à leurs parents, proches, familles et amis**

❖ **aux adolescents et jeunes adultes**

❖ **aux professionnels:**

- des milieux sociaux, éducatifs et médicaux
- des milieux de l'enseignement et de la formation professionnelle
- de la justice et de la police

❖ **aux organisateurs des manifestations:**

- culturelles
- festives
- sportives

❖ **aux partenaires:**

- des structures institutionnelles
- politiques
- aux médias

## Nos missions

- ***La prévention et la promotion de la santé***

La promotion de la santé est centrée sur le contexte. Elle vise à maintenir et à favoriser un climat propice à la santé psychique, physique et sociale.
La prévention vise à éviter l'apparition de facteurs de risque. C'est avant tout s'intéresser aux motivations, aux bénéfices et inconvénients de certains comportements de consommation, ainsi qu'aux ressources à disposition. C'est valoriser une façon d'être, de gérer l'effort, l'échec, les différences, le rapport aux autres, le rapport à sa propre qualité de vie.
La prévention concerne les produits psychotropes (alcool et autres) et comportements addictifs, sans distinction.

*La Fondation Neuchâtel Addictions met en place des actions pour:*

❖ **informer, sensibiliser**, répondre à des questions spécifiques sur les produits, les dépendances et les comportements
❖ **induire une réflexion** sur la thématique des addictions et sur les différents usages: peu problématique, problématique abusif, dépendant
❖ **repérer et orienter** les personnes à risque
❖ **mettre en œuvre des moyens** d'accompagnement
❖ participer à l'élaboration de règles de protection de la jeunesse et les faire respecter (restriction de l'accès, politique de limitation de la publicité, interdiction et réglementation)
❖ **agir sur les contextes** de vie en milieu scolaire, au niveau des groupements associatifs, auprès des familles et de la collectivité, par des campagnes de prévention

*Par ces actions, elle souhaite contribuer à:*

Sur le plan individuel...

❖ **favoriser une compréhension** objective des phénomènes d'addiction
❖ **permettre de situer** par rapport à des repères collectifs reconnus par des organismes référents
❖ **favoriser des choix** responsables et l'adoption de comportements avertis

Sur le plan collectif…

- **favoriser le développement des compétences** sociales des individus
- **promouvoir des conditions de vie** et de développement optimales
- **promouvoir les compétences de chacun** dans un esprit de solidarité, de coopération sociale.

- ***Le traitement***

*La Fondation Neuchâtel Addictions met en place des actions pour:*

- **dépister et diagnostiquer** où se situe la personne selon 5 axes:
  - dans sa relation au produit
  - sur le plan somatique
  - sur le plan psychique
  - sur le plan familial
  - sur le plan social et professionnel

- **fixer des objectifs** communs de prise en charge dans un esprit de collaboration avec la personne et les évaluer régulièrement
- **traiter par une prise en charge ambulatoire**, permettre à la personne de conserver sa vie sociale, familiale et professionnelle ou orienter la personne vers des institutions résidentielles ou hospitalières
- **assurer le soutien et l'accompagnement médico-psycho-social** en vue d'atteindre les objectifs
- **prescrire des traitements** psychothérapeutiques, au besoin soutenir par la prescription de traitements médicamenteux

*Par ces actions, elle souhaite contribuer à:*

- **restaurer l'autonomie** et la liberté de faire des choix
- **maintenir ou restaurer** le lien
- **tendre vers une meilleure qualité de vie** sur les plans psychologique, physiologique et social
- **favoriser**, dans le cadre d'une prise en charge soutenante, **l'implication et la responsabilisation** de la personne dans son parcours
- **contribuer à la qualité du dialogue**, au respect de la compréhension mutuelle
- **favoriser une prise en compte** des problèmes de façon concertée, globale, et cohérente

- ***La réduction des risques***

*La Fondation Neuchâtel Addictions met en place des actions pour:*

- **proposer un accueil ouvert**, une écoute attentive et des conseils aux personnes toxico-dépendantes marginalisées ou en voie de marginalisation
- **répondre** si nécessaire **aux besoins de bases** (alimentation, hygiène, logement…)
- **offrir** à ces personnes un **espace de soins et de santé**: soins infirmiers, échange et distribution de matériel d'injection, conseil et information, cours de réduction des risque (protection VIH, Hépatites et overdose)
- **proposer des activités occupationnelles** (multimédia, jardinage, cuisine, maintenance…)

*Par ces actions, elle souhaite contribuer à:*

- **favoriser la survie** des personnes en situation de risque extrême
- **favoriser l'accès au réseau socio-sanitaire** pour ces personnes

- **diminuer la propagation des maladies** (HIV et Hépatites) **et les décès dus aux overdoses**
- **diminuer la marginalisation et la délinquance**
- **favoriser la réinsertion sociale**, la valorisation des compétences
- **favoriser des mouvements de citoyenneté** et de solidarité entre les usagers (intergénérationnel, inter-population)
- **susciter des changements de représentations** de la population à l'égard des personnes toxicodépendantes et inversement.

- ***Un centre d'expertise et de compétences***

La Fondation Neuchâtel Addictions a comme objectif de renforcer les compétences des professionnels et d'améliorer les connaissances dans le domaine des addictions.

*Elle met en place des actions pour:*

- **relayer** des progrès scientifiques et susciter l'évolution des connaissances et des techniques
- promouvoir des études sur la pratique professionnelle
- **diffuser** les nouvelles connaissances et **faciliter** leur utilisation par les secteurs professionnels et institutionnels concernés
- **mettre à disposition** sa capacité d'expertise et jouer un rôle de conseil auprès des professionnels et des pouvoirs publics
- **proposer un instrument d'information** rapide et adapté sur l'abus et la dépendance aux substances et aux comportements, leurs contextes d'usage et les risques encourus
- **répondre aux besoins d'information** des professionnels en matière de prévention et de soins
- **former** en partenariat avec les HES et universités les futurs professionnels

# Thème : le traitement

développé par le CPTT

# Le traitement

Les conduites addictives demandent souvent des soins spécifiques et un traitement adapté individuellement, transdisciplinaire et intégré. C'est pourquoi, dans la plupart des pays, en Suisse dans la plupart des cantons, des services centrés sur cette problématique sont en activité, en prenant en compte soit l'ensemble des besoins, soit partiellement, soit encore en se centrant sur un aspect de ces conduites.

Il ne faut pas oublier, et cela apparaît trop fréquemment, qu'il existe une minorité de personnes à conduites addictives (non évaluée mais qu'on peut situer entre 30 et 40%), souvent intégrées socialement et professionnellement, affectivement suffisamment entourées qui s'en sortent par eux-mêmes ou bénéficient d'un traitement médical et psychothérapeutique chez un praticien privé.

N'oublions pas non plus les personnes qui ne veulent plus de nos services par de mauvaises relations, par des exigences auxquelles elles n'étaient pas en mesure de répondre, par des conflits inappropriés de notre part, de décisions inopportunes de leur part…

Se pose alors la question : quels sont les invariants du traitement ?

- la mise en place du lien
- la continuité du lien
- le traitement individualisé

### La mise en place du lien

Le premier rendez-vous est toujours un rendez-vous avec l'angoisse, l'angoisse de la personne qui l'a demandé et l'angoisse des collaborateurs*. C'est un moment de bilan, de regard en arrière sur l'histoire personnelle, sur les conduites addictives, et de regard en avant sur les désirs de changement. Quelle que soit la technique utilisée (de la non-directivité, en passant par la neutralité bienveillante chère à la psychanalyse pour en arriver à l'« entretien motivationnel» et à l'entretien de confrontation), ce premier contact va engager quelque chose qui est de l'indicible, mais qu'on peut résumer ainsi : « oui ou non, j'ai envie de travailler avec vous. » De part et d'autre d'ailleurs ! Si c'est le non qui l'emporte du côté du patient, mieux vaut changer de collaborateur ! Sans entrer dans les détails, les capacités d'identification ou de contre-identification conscientes et inconscientes sont en jeu***.

### La continuité du lien

Si les conduites addictives se placent aussi dans les pathologies du lien, nous essayons le plus souvent possible de maintenir ces liens aux travers des tribulations de la vie de la personne: un référent, « un case manager ». Le soutien que représente cette permanence relationnelle, au contraire des ruptures et des abandons que la plupart de nos usagers ont vécus, est le ciment qui permettra des améliorations, voire une guérison de la symptomatologie, ou pour le moins endiguera les péjorations (Il ne faut pas oublier que notre travail consiste pour un certain nombre de personnes à les accompagner au mieux dans la mort !)

**Le traitement individualisé**

Un individu ne se réduit pas à ses symptômes et à son diagnostic. Il est indispensable que le traitement soit individualisé, qu'il prenne en compte les capacités, les possibilités de la personne ainsi que celles de son environnement humain et non-humain.* D'une approche paternaliste, on en arrive actuellement à une approche partenariale.

A la FNA, le traitement possède un visage commun et des particularités par centre, issues de leur histoire, de leurs missions d'origine (alcoologie versus produits illégaux), de la formation des collaborateurs/trices, des sources de financement, des patients, du réseau et de l'environnement médical et social.

Du côté psychosocial, l'accompagnement peut prendre différentes formes : entretiens individuels, de couple, de famille, participation au travail de réseau, approches corporelles, travail en groupe etc.

En 2009, la FNA a reçu 361 nouvelles demandes de prise en charge.

1200 personnes ont bénéficié d'une prise en charge, soit grosso modo 1% de la population neuchâteloise entre 15 et 70 ans (30% de femmes pour 70% d'hommes, soit l'inverse de la consultation ambulatoire adulte du CNP (Centre neuchâtelois de psychiatrie).

En cinq ans, les consultations psychosociales ont augmentées de 17370 à 22040 et les entretiens de réseaux de 573 à 1040 !

Les activités médicales, psychiatriques et psychothérapeutiques ont aussi beaucoup augmentées au sein de la FNA (les consultations médicales par exemple ont passées de 1490 à 2930). La dynamique médicale change et l'on s'achemine vers une équipe de médecins FNA pouvant davantage prendre en charge les comorbidités psychiatriques et les différents versants de la médecine de l'addictologie. Rappelons à ce sujet que, suivant les études, c'est entre 50 et 85% de comorbidités psychopathologiques chez les sujets à conduites addictives. Les activités psychothérapeutiques se répartissent aussi toujours davantage selon les modèles habituellement admis en la matière, à savoir les orientations cognitivo-comportementales, systémiques et psychodynamiques.

Le travail avec les personnes souffrant de conduites addictives représente pour le personnel une charge affective très importante en comparaison d'autres professions. Et par conséquent, il est plus enclin à l'épuisement psychique (« burn-out »)*****.

On assiste à une augmentation substantielle du nombre de personnes et de consultations. Il en est de même d'ailleurs dans nos centres d'accueil. Autrement dit, nous nous trouvons de plus en plus **devant une diminution des prestations par personne et d'une baisse de la qualité de celles-ci. Egalement devant une augmentation, dans le personnel, d'insatisfactions, de désirs de changement, voire d'absentéisme.**

*Etre psychanalyste Paris Dunod 1976
** B. Brusset Psychanalyse du lien, Paris PUF 1988
*** H. Searles, L'effort pour rendre l'autre fou, Paris Gallimard 1977
****C. Barr Taylor, How to Practice Evidence-Based Psychiatry. London 2010
***** P. Missel , Burnout in der Suchttherapie, Göttingen 1995

# Thème : prestations d'aide à la survie et de réduction des risques

développé par le CAPTT

# Prestations d'Aide à la Survie et de Réduction des risques

## Introduction

Si l'Aide à la survie laisse bien entendre le public-cible à laquelle elle s'adresse, la réduction des risques qui s'y trouve liée dans notre pratique est une notion plus générale. Cette notion vient de l'acceptation de ce qui est pour offrir sans condition de l'aide, de l'orientation et de l'information.

Dans son principe d'approche, elle trouve son application face à de multiples comportements potentiellement à risque, à commencer par la sexualité, le jeu et le sport, et notamment bien sûr la consommation de produits addictogènes.
En bordure de phénomènes de prises de risque, elle part d'un à-priori de confiance dans le fait que le plaisir n'est pas contraire à la précaution, elle représente fortement à l'acteur la notion de pondération de l'acte dans la durée et lui propose des moyens et des informations destinés à la limitation des dommages sans appréciation morale ni jugement de valeur.
Il est évident que les prestations de ce type ont auprès du grand public une différente visibilité selon les domaines d'application et qu'elles bénéficient d'une acceptation différente selon que l'on traite d'actes réprouvés par la morale, sinon par la loi, ceci indépendamment des caractères de dangerosité.

Dans la LFStup, la réduction des risques telle qu'intégrée à la politique dite des 4 piliers permet d'organiser des soins à l'égard de personnes qui ne veulent/peuvent pas pour autant pas renoncer à leur pratique de consommation de produits illicites.
Ces soins comportent de l'information, de l'écoute, des consultations et des conseils de santé, une remise/échange de matériel d'injection, et selon les Centres, ils se fondent de plus à la notion d'aide à la survie en proposant d'autres activités-supports de vie (restaurants, ateliers occupationnels), en fonction du contexte social et du nombre de bénéficiaires concernés.

Au premier plan de cet ensemble de prestations, se situe en particulier une possibilité de substitution ponctuelle ou temporaire à la méthadone ainsi qu'à une offre d'échange de matériel d'injection : au total, ce sont les outils que le canton de Neuchâtel a voulu développer et soutenir, tandis que d'autres cantons mettaient au point des programmes « héroïne », de fait conditionnés par des protocoles plus exigeants en terme de régularité de fréquentation du moins.

Historiquement, l'aide à la survie n'a pas de fond : il s'est toujours trouvé des personnes, professionnelles ou bénévoles, pour organiser des soins, maintenir des contacts, soutenir moralement et matériellement d'autres personnes en situation de grande précarité et de marginalisation. En ce qui concerne les personnes toxico-dépendantes, la société et les professionnels du soin ont d'abord campé plutôt dans l'exigence à leur égard. Avant que d'ouvrir l'accès à des soins, il fallait pouvoir s'engager à arrêter les consommations de produits psychotropes auxquels ils semblaient faire le choix de s'adonner. Cette butée réflective n'a pas disparu complètement pour autant, elle reste imprégnée à notre système de valeur et beaucoup de détracteurs ne peuvent s'en dégager. Elle reste d'ailleurs aussi puissamment intégrée dans la pensée de beaucoup de dépendants qui allèguent une volonté d'abstinence au départ d'une demande d'aide parce qu'ils pensent que nous attendons ce discours et qui, de fait, domicilient cette demande ailleurs qu'à partir d'eux-mêmes.

Les premières actions d'aide à la survie à l'égard de personnes dépendantes étaient le fait de pionniers souvent accusés de laxisme, voire parfois de complicité dans leur choix d'aider les

consommateurs de produits illicites ou de comportements moralement réprouvés sans exigence d'abstinence préalable.
A leurs visions que l'on pensait simplement humanistes, il a fallu pouvoir ajouter sur la longueur des constats documentés de conséquences positives pour pouvoir finalement inscrire cette approche, augmentée de prestations de réductions des risques, à leur juste place d'action thérapeutique dans les offres de soins en matière de conduites addictives en particulier.

Miracle de la statistique qui vient souvent poser un vernis de crédibilité sur des affirmations de bon sens, les chiffres confirment les effets de ces actions : les dommages à la santé peuvent être contenus puis soignés, les infections du VIH et de l'Hépatite aussi, la délinquance diminue drastiquement. Et par effets d'ensemble, ces premiers points correspondent de plus à de possibles restaurations de l'estime de soi, et sont suivies d'évolutions nombreuses et favorables vers des dynamiques de traitement de l'addiction.

La RdR a trouvé sa base légale dans l'article 12 de la constitution fédérale suisse qui stipule que quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.

En dehors du fait d'étendre ces prestations pour multiplier les portes d'entrées du système de soins à l'égard du public-cible, cette officialité a répondu à la nécessité pour les intervenants de disposer d'un positionnement sans ambiguïté et de formations qui lui permettent d'agir à partir d'une définition de prestations, d'un cadre reconnu et d'un financement pérenne.

Pourtant en ce qui concerne le positionnement « amélioré » des professionnels, il leur restera toujours à réguler l'espace des attentes qui prennent forme à mesure qu'une relation s'établit et se développe face à une personne. L'amélioration de la qualité de vie, si elle peut s'appuyer sur nos outils, doit être le fait, le vouloir et la propriété du bénéficiaire de soins. Mais, si ce principe est difficile à observer lorsqu'un facteur relationnel se développe, parfois au travers de plusieurs années, il doit alors au moins prendre la place d'un repère qualitatif des soins fournis.

**Les prestations du CAPTT en la matière**

Au CAPTT, le sens premier de ce développement dans le tertiaire s'inscrit dans une politique générale de promotion de la qualité de vie. Il se concrétise par le fait d'accueillir sans exigence d'abstinence des personnes en situation de désespoir pour tenter de palier momentanément ou à plus long terme à une faculté défaillante de prendre soin d'eux-mêmes.
L'ensemble des prestations mises en place répond toutefois à une acceptation large du terme « santé ». Si la santé physique et la substitution ont la priorité dans l'organisation de réponses à des demandes souvent urgentes, vouloir vivre demande plus de soutien et vouloir vivre mieux exige encore que les intérêts pour la vie du bénéficiaire soient éveillés et entretenus.

Ainsi autour d'un noyau de prestations spécifiques de la réduction des risques (écoute, consultations, soins et conseils, substitution de secours, remise et échange de matériel d'injection, orientation et accompagnement vers d'autres soins nécessaires, accueil en espace collectif), les autres prestations que nous pouvons fournir sortent de notre boîte à outil habituelle et sont proposées et investies lorsqu'il y a sens et tant qu'il y a sens de le faire, à mesure qu'une personne retrouve un nouvel équilibre et que des soins appropriés lui permettent d'entrevoir d'autres développements..

Nous offrons ainsi également du soutien dans les domaines de l'hygiène (machines à laver le linge) et de l'habitat (médiation, aide au déménagement, à l'équipement et à l'installation) mais aussi plus loin en proposant des places d'insertions sociales et de valorisations de

compétence, tous développements de l'aide qui impliquent alors de la part du bénéficiaire des choix, une énergie et une implication dédiée au changement .
Les effets de cadre existent aussi en termes de respect de soi et des autres, de comportement non-violent et de non-deal, et plus loin encore en attente d'attitude participative responsable (repas, activités, rendez-vous).

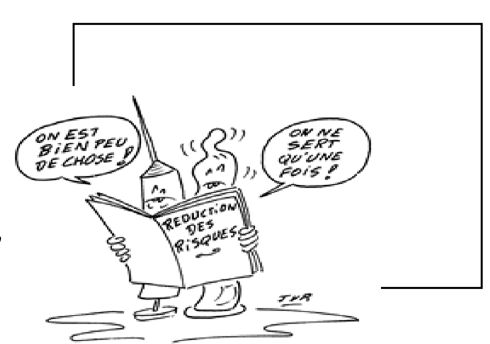
A l'échelle de notre file active (une septantaine de personnes), on peut dire que l'approche et les prestations de réduction des risques sont intégrées à notre mode d'accueil et d'intervention. Leur nécessité est toutefois toujours ramenée à la situation d'un individu qui va lui-même être intégré à notre file active sans différence. Dans cette particularité d'approche, il nous faudra sans doute traiter des débuts de parcours chaotiques, comme il nous faut aussi, pour d'autres patients devenus réguliers, absorber des reculs en mettant d'abord à l'abri le lien créé. C'est parfois en effet notre seule ressource pour maintenir et partager une faculté d'analyse de la situation avec le patient en risque, pour valoriser et soutenir des actes de protection de soi et des autres, pour qualifier un état de frustration et de fatigue qui augmentent le mal-être, pour maintenir des espaces de raisonnement dans un phénomène de prise de vitesse et de fuite.

Dans ce qui devient une attitude d'intervention pour les membres de l'équipe, il est essentiel pour chaque cas de pouvoir identifier, nommer et partager avec le patient les paradoxes nombreux auxquels ils nous confrontent : quand il s'agit d'assister une personne en consommation compulsive qui tente de concilier sa situation à un rôle de parent, ou quand la même personne nous fait porter la responsabilité d'agir à sa place pour protéger sa santé. Il faut pouvoir compter sur la capacité réflective de l'équipe pour rester dans une position adéquate et utile, souvent contrainte à agir pour signifier les limites dans notre espace ou dans la situation du patient.
Il n'y a bien entendu pas de butée standard pour prendre des décisions dans ces situations de paradoxe auxquelles nous avons été confrontés très durement durant l'année 2009. Un coup d'œil au comptage de matériel d'injection distribué en donne une idée : une augmentation explosive en rapport avec les autres années, due à l'installation d'une consommation compulsive de cocaïne pour plusieurs de nos patients et aussi pour plusieurs personnes inconnues de nos services.

Pour l'aspect de maintenir le lien, c'est plutôt réussi et nous assistons maintenant à quelques signaux de reconstructions qui le confirment. Pour ce qui est des conséquences, notre lieu d'accueil a subi de nombreuses montées en charge, des confrontations et des dépassements de limite qu'il a fallu réguler. Sur la fréquence des événements et sur leurs conséquences (placement d'enfants, conflits de couples ou de patients, augmentation de la pression du deal, situations financières désastreuses, réactions des entourages, etc..), notre équipe a été sous pression constante. Le fait de ne pas disposer de locaux distincts a montré des avantages dans le sens que d'autres patients s'impliquaient, qualifiaient ou complétaient nos sentiments et nos actions. En inconvénients bien sûr, une tension continue sur le cadre, une charge de confrontation très lourde aux frustrations et à l'agressivité, mais aussi pour les autres usagers du lieu.
Dans les villes du canton, le phénomène « cocaïne » a également été perçu mais avec moins d'acuité et moins d'incidences ressenties sur le plan des confrontations et de la délinquance.

**Quelques appréciations plus statistiques :**

- Distributeur de matériel d'injection stérile




Le comptage du matériel distribué nous offre une possibilité d'appréciation de l'évolution des consommations de produits injectables. Durant l'année 2009, ce sont 5350 kits de deux seringues qui ont été utilisé contre 600 en 2008.

Les kits contiennent deux seringues à usage unique, du matériel de désinfection et de solution stérile.

Mouvement déjà repéré en 2008, l'explosion de la fréquentation confirme l'installation au Val-de-Travers de filières de vente de cocaïne avec la mise en relais dans ces filières de consommateurs passés en phase de consommations compulsives.

Nous multiplions les rendez-vous d'entretiens et les offres de consultations, les soins physiques, les dépistages et les accompagnements sont autant d'occasion de signifier une prise en compte de la personne indépendamment de sa pratique, et de maintenir son intérêt pour sa santé.
Le retour des seringues usagées est d'un tiers du matériel distribué, ce qui n'est pas optimal mais nous donne aussi l'indication d'usagers non-patients du Centre.

L'appareil distributeur extérieur au Centre a subi quelques dommages et il a suscité quelques réactions de notre part face à des personnes qui le vidaient d'un seul coup ou qui triaient sur place le matériel dont ils ne voulaient pas.

**Distribution matériel stérile**

Seringues (0–900) ; légende : 2005, 2006, 2007, 2008, 2009

**- Soins**

Les consommateurs de cocaïne sont les plus concernés par les problèmes liés aux injections. Ils sont plus sujets aux abcès que les consommateurs d'héroïne (produits plus agressifs et injections plus fréquentes). La compulsivité d'injection (tant qu'il y a du produit) et l'effet

même du produit cocaïne ne laisse que peu de place à la faculté de prendre des précautions. Idem pour les personnes, souvent en manque s'injectant des solutions de médicaments qui créent des problèmes parfois plus graves suivant le médicament et sa solubilité.
Toutes les personnes présentant un abcès (celles qui nous en parlent et qui acceptent de le montrer) sont conduites à l'hôpital ou suivies par leur médecin traitant (si cela est possible).
En général, la suite des soins (désinfection et changements de pansements) se poursuit au CAPTT, déléguée par le médecin. Les dépistages et prises de sang sont également proposés et effectués au Centre dans une visée d'efficience.
Hospitalisations en soins physiques et psychiques, orientations et accompagnements sur des prises en charge résidentielles de court, moyen ou long terme, travail en réseau avec différentes parties prenantes…ces formes de réponses ont augmenté aussi durant cette année.

**- Hépatites et VIH**

Tous les patients du centre effectuent un bilan sanguin complet à leur entrée, les consultations sont ensuite autant d'occasions de maintenir une tension d'intérêt et de savoir.
Pour les personnes concernées, l'accompagnement en service d'infectiologie permet de commencer et de suivre des soins appropriés contre l'hépatite C ainsi que de coordonner les autres soutiens qui sont nécessaires.
Les patients en tri-thérapie peuvent également bénéficier du même soutien. La médication est alors distribuée au CAPTT chaque semaine.

En conclusion pour ce chapitre, l'année 2009 a été marquée par la vague cocaïne. Bien en phase avec notre époque de prises de vitesse, cette vague nous a souvent montré sous d'autres angles ce qui ne va pas ou ce qui devrait se faire autrement, notamment dans la cohésion du travail de réseau. Mais cette donnée implique du temps et c'est justement ce qui est en déficit. Cette année nous aura poussé dans nos limites, tentant de garder malgré tout à l'esprit la disponibilité et le soutien nécessaires aussi pour ceux d'entre les patients qui ont su se garder de ce phénomène.

# Thème : la place des groupes dans l'accompagnement des patients du CENEA

développé par le CENEA

# La place des groupes dans l'accompagnement des patients du CENEA

**Préambule :**

Cette année, la contribution du Cenea au rapport annuel de la FNA sera une participation originale sous la forme d'une description d'un aspect de notre pratique de soignant.
Notre choix s'est naturellement porté sur "les groupes thérapeutiques". Ils prennent de plus en plus d'importance à divers moments de la trajectoire du patient et sont des "laboratoires relationnels" d'une grande richesse qui s'ajoutent aux apports des thérapies individuelles.
Les groupes se déclinent dans différentes dimensions thérapeutiques (thérapies psychosociales, psycho-éducatives, psychodynamiques, etc.) et font partie intégrante du concept de traitement global du Cenea.
Nous allons débuter par une brève description des idées qui donnent un sens à notre action.
Nous proposons une démarche humaniste qui permet d'agir avec le patient; une démarche d'accompagnement qui cherche à comprendre et à donner du sens à une expérience addictive douloureuse mais pas seulement, à lui redonner une signification personnelle et sociale car rien ne vient par hasard et ne se résoudra sans restituer au patient sa responsabilité, sa capacité d'agir et de se construire.

**Notre concept d'accompagnement se fonde sur les principes suivants :**

1. **L'évaluation individualisée**

Elle vise à définir les problèmes et les caractéristiques du patient. L'évaluation est multidimensionnelle et prend en compte six aspects principaux : l'intoxication aiguë ou le syndrome de sevrage; l'état médical et les pathologies pouvant compliquer la prise en soin; l'état psychologique et comportemental; la préparation au changement; le potentiel de rechute et l'environnement de vie.

2. **Administration de soins par paliers**

L'intensité des prestations est adaptée d'une part à la gravité des troubles et d'autre part aux besoins formulés par le patient. Ce principe a été décrit par les travaux de Linda et Mark Sobell (stepped Care for alcohol problems).

3. **Le principe de parcimonie**

Le traitement recommandé est celui qui est le moins intrusif et le moins intense tout en offrant les meilleures conditions d'efficacité et de sécurité au patient.

4. **Les traitements intégrés**

Nous sommes convaincus de l'efficacité des **traitements intégrés**. Il s'agit en effet d'appréhender le patient de la manière la plus globale associant dans une prise en charge addictologique les aspects sociaux, médicaux, psychiatriques, etc.. .

Ce type de soins peut-être effectué uniquement par une équipe, elle aussi intégrée (infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, psychiatre, médecin somaticien).

## 5. La transdisciplinarité

Il s'agit de dépasser la simple pluridisciplinarité qui entraîne souvent une juxtaposition, un morcellement des soins et des responsabilités pour aller vers un **concept de transdisciplinarité**.
Comme le souligne A. Morel et J.P.Couteron "La pratique transdisciplinaire associe l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, sans en privilégier à priori aucune, et en tenant compte des interactions respectives des unes vis-à-vis des autres [...] La transdisciplinarité a une perspective intégrative en cherchant à faire évoluer l'ensemble des dimensions du système. Elle fait alterner des approches différentes, en fonction des enjeux actuels et de l'histoire de la personne, organisant le passage d'un registre à l'autre, éclairant les acquis de l'un par les acquis de l'autre, pour éviter un morcellement du soin. Ainsi, la capacité à mailler, à tuiler les savoir-faire des différents acteurs – en acceptant de passer d'une préoccupation médicale à une avancée sociale, d'une avancée sociale à une élaboration psychique, d'une élaboration psychique à une question médicale, etc. – sera déterminante au sein d'une équipe."
La transdisciplinarité est difficile à atteindre, mais elle apporte à une équipe une dimension supplémentaire.
L'aptitude à penser et agir comme une équipe intégrée se fonde sur la volonté affirmée de combiner les différents domaines de soin ou d'accompagnement dans un lien clair et cohérent.
Chaque membre de l'équipe, dans le cadre de sa discipline, module son action en fonction de l'expérience vécue par le patient et de l'intervention des autres membres de l'équipe. Cela permet de développer un langage commun dans le respect de la spécificité de chacun.

## 6. L'accompagnement

Le travail de soin en addictologie consiste au fond dans l'accompagnement du patient à travers plusieurs étapes de sa vie qui vont marquer un profond changement culturel et identitaire.
1ère étape, apparition du doute dans la vie du patient, la satisfaction apportée par la solution "addictive" devient à son tour un problème. Il s'interroge sur son mode de vie et tend à le remettre en question. La permanence du soin mais aussi les ruptures alimentent le questionnement et favorisent l'émergence d'un lien avec des soignants disponibles pour l'aider dans cette recherche.
2ème étape, le patient qui se désengage progressivement et péniblement de son ancien mode de vie tente d'en expérimenter d'autres qu'il pense être plus satisfaisants et essaye de se constituer une nouvelle identité, en quête d'un nouveau soi-même.
3ème étape, le patient tisse des liens nouveaux avec son environnement social et familial, dont il doit pouvoir tirer des bénéfices sous forme de reconnaissance, de validation sociale ainsi que d'estime de soi.
Cela ne se fait pas en un jour : ce processus d'accompagnement comporte le double objectif d'offrir à la fois une continuité de relation et des moments de rupture.
Ce travail thérapeutique par l'accompagnement touche l'ensemble des aspects du patient, ce qui justifie la transdisciplinarité de notre approche.
Il est donc cognitif quand il s'agit de saisir l'expérience globale de la personne, symbolique pour restituer le sens de l'expérience personnelle et des conflits internes, social pour favoriser l'éclosion d'un nouveau lien avec son environnement relationnel.

## 7. Les axes thérapeutiques

Les traitements sont proposés sur un mode individuel et groupal. Ils intègrent, selon un dosage divers et individualisé, des thérapies à dominante psychosociale, psycho-éducative, psychodynamique et des traitements médicaux. Ces thérapies sont mises en œuvre par des professionnels d'horizons et de compétences diverses.

**Les thérapies psychosociales** se déroulent au long de l'accompagnement et proposent au patient des espaces, sortes de « laboratoire relationnel » où il peut expérimenter des manières de « savoir-être » et de « savoir-faire » autres que le recours à des comportements addictifs. Elles touchent plus particulièrement le sentiment d'appartenance et l'interaction sociale de l'individu.

**Les thérapies psycho-éducatives** visent, à travers différents apprentissages, à acquérir des compétences cognitives et sociales nouvelles. En s'appuyant sur les expériences du patient, elles favorisent la réalisation ou la consolidation de changements ciblés; par exemple le maintien de l'abstinence ou de la consommation contrôlée, gestion et expression des émotions.

**La thérapie psychodynamique** se décline entre un axe de guidance et un axe plus psychothérapeutique. Elle permet à l'accompagnement d'intégrer également un regard sur le fonctionnement psychique du patient. L'intérêt de cette approche n'est pas, comme on le pense parfois, de rechercher dans le passé du patient des éléments traumatiques qui expliqueraient ses comportements addictifs. En revanche, il s'agit d'apporter un soutien visant à étayer la personnalité du patient, consolider son identité, renforcer ses défenses et l'aider à supporter les conflits internes et externes.

### 8. Les groupes

L'approche groupale permet d'appliquer les trois axes de thérapie en mettant l'accent sur les **notions d'entraide, d'apprentissage et sur une finalité plus spécifiquement psychothérapeutique**.
Nous souhaitons que la participation au groupe soit une décision concertée pour que l'expérience groupale favorise un travail adapté aux besoins du patient.
Nous considérons les groupes, quelles que soient les techniques employées, comme de véritables "laboratoires" où se joue, entre les membres, une expérience relationnelle forte et soutenante.
L'appartenance au groupe - librement consentie - donne la possibilité, au travers des échanges, d'une identification aux problèmes des autres, d'un développement de l'insight et d'une atténuation du déni. Cette expérience, reproductible, doit permettre au patient d'exporter ce vécu groupal et ainsi d'enrichir sa vie sociale et affective.
Dans la pratique, nos groupes proposent une grande diversité de cadres, de dispositifs et de théories. De nombreux facteurs varient, que se soit le nombre ou la formation des thérapeutes-animateurs, le nombre de patients, la fréquence ou le lieu. Certains groupes sont ouverts d'autres fermés. Quant au matériel utilisé, il varie aussi en fonction de la nature du groupe, des besoins des patients et de la formation des thérapeutes.
Il s'agit de groupes utilisant des programmes très structurés ou de groupes travaillant avec différents modèles souvent durant une même rencontre, par exemple : un temps de parole alterne avec une activité ou un moment de relaxation.
Dans les groupes très structurés comme les groupes psycho-éducatifs où les contenus sont d'ordre cognitif et pédagogique, la pratique nous conduit à prendre en compte d'autres rôles du groupe (aide à la verbalisation des émotions ou à l'expression des conflits, fonction socialisante, etc.) et à les intégrer au contenu.
Ces différents niveaux d'intervention finissent par annuler la spécificité de certains groupes qui sont à la fois activité, information, psychothérapie, entraide, etc.
Pour faciliter la description des groupes pratiqués dans notre centre, nous les avons classés suivant les trois axes thérapeutiques décrits plus haut et les techniques principalement utilisées.

### a) La fonction d'entraide

Le groupe peut encourager l'entraide. Les groupes particulièrement centrés sur le soutien mutuel sont surtout formés par des pairs. On y met en avant l'expérience et le vécu personnel où la personne qui cherche de l'aide est aussi la personne aidante. L'efficacité de ces groupes est déterminée par le sentiment paritaire qu'éprouve la personne aidée par rapport à la personne aidante, par le processus d'identification en lien avec le même vécu difficile et par le sentiment d'appartenance qu'il développe.

#### *1. Le groupe de proches*

Ce groupe offre un espace d'échange et de soutien à l'entourage des personnes concernées par un problème d'alcool (famille, amis). C'est un groupe ouvert. Il propose aux participants, dans un climat tolérant, accueillant et favorisant l'expression de chacun, de partager leurs expériences avec d'autres qui connaissent un vécu identique, de sortir de leur isolement, de briser le silence au sujet de leurs souffrances et de mieux gérer la relation avec la personne malade.
Ce groupe souhaite favoriser les échanges entre les participants, les animateurs jouant un rôle de facilitation.
Les thèmes les plus fréquemment abordés sont l'estime de soi, les sentiments de culpabilité, la co-dépendance, la prise de recul face aux expériences difficiles, la confiance en soi, la gestion des conflits, etc.
Les rencontres ont lieu deux fois par mois avec la participation d'une dizaine de personnes. Ce groupe est animé par deux intervenants.

#### *2. Le groupe d'activité (cuisine)*

Ce groupe, qui a lieu tous les 15 jours, vise le maintien, le renforcement ou le développement de compétences à agir et interagir dans un groupe autour d'une activité. Cette activité consiste en l'élaboration d'un repas en commun partagé dans la convivialité. Le groupe s'adresse à des personnes en situation sociale et relationnelle précaire. Son principal bénéfice est l'appartenance, il soulage le sentiment de solitude et rompt pour un temps l'isolement. Le groupe est ouvert, la participation est proposée au patient par son intervenant.

### b) La fonction d'apprentissage

Les groupes à but d'apprentissage sont sous-tendus par des techniques cognitivo-comportementales. En s'appuyant sur ces techniques spécifiques, ces différents groupes partent de l'expérience des patients et favorisent le développement de stratégies pour modifier les comportements addictifs ainsi que la gestion et l'expression des émotions qui y sont rattachées.

#### *1. Groupe de connaissance de la maladie*

Ce groupe apporte des connaissances précises au sujet des risques à moyen et long terme de l'usage excessif d'alcool et au sujet des mécanismes et des traitements de la dépendance. Les moyens utilisés sont des apports théoriques basés sur des fondements scientifiques et médicaux.
L'animateur, formé aux techniques de gestion de groupes thérapeutiques, utilise principalement des techniques de groupes thérapeutiques et une approche cognitivo-comportementale. Il facilite les échanges entre les participants et leur permet de faire des liens entre leurs expériences personnelles avec l'alcool et les apports théoriques.
Les contenus sont standardisés et les thèmes suivant sont abordés :

- connaissances des principes de l'addiction et de la dépendance à l'alcool,
- les conséquences physiques et psychiques de la consommation d'alcool,

- les liens entre dépendance à l'alcool et la dépression, l'anxiété et autres affections psychiques,
- les différents traitements de la dépendance à l'alcool.

Le groupe est fermé sur inscription préalable, il comporte 6 séances et les rencontres ont lieu chaque semaine. L'abstinence n'est pas une condition de participation, il est ouvert à tous les patients du CENEA quel que soit le moment de leur évolution, qu'ils aient opté pour l'abstinence ou la consommation contrôlée.

*2. Groupe d'entraînement à l'abstinence et de prévention de la rechute*

Cette approche groupale a pour but de prévenir chez un patient abstinent la reprise d'une consommation d'alcool. Les animateurs, formés à l'animation de groupes thérapeutiques et aux techniques cognitivo-comportementales, utilisent une approche intégrative, comportementale et cognitive avec entrainement et apprentissage social intensif.
Les moyens employés sont variés : séquences vidéo, jeux de rôles, mise en situation et analyse groupale adaptées à partir de l'expérience des participants, mise à disposition d'informations sur les phénomènes liés à l'addiction, etc.
Comme pour les autres groupes, l'accent est mis sur les échanges entre participants.
Le groupe comporte 8 modules, il est délivré à raison d'une séance de deux heures par semaine sur huit semaines.
Ces huit modules sont adaptés du programme "PHARES" de Merck alcoologie, France. Ils reprennent les thèmes suivants :

- savoir refuser une consommation,
- les pensées dangereuses,
- faire face aux critiques,
- identifier les décisions apparemment anodines mais aux conséquences importantes,
- anticiper des situations à hauts risques,
- élaborer des plans d'urgence en cas d'envie ou de consommation effective,
- gérer les émotions,
- les principales questions que se posent les proches.

Le groupe est fermé sur inscription préalable, l'engagement à l'abstinence avec décision explicite est un pré-requis indispensable.

*3. Groupe d'affirmation de soi*

Ce groupe s'appuie sur les mêmes moyens et les mêmes techniques que le groupe précédent (groupe d'entrainement à l'abstinence et de prévention de la rechute). Il se différencie par ses objectifs qui proposent plus spécifiquement aux participants un travail sur l'affirmation de soi et sur une communication respectueuse de soi et des autres.
Les 8 modules du programme se déroulent sur huit semaines à raison d'une rencontre de deux heures par semaine.
Les modules reprennent les thèmes suivants :

- liens entre affirmation de soi et addiction, auto-évaluation du degré d'autonomie en affirmation de soi (Cungi et Rey),
- savoir faire une critique,
- savoir recevoir une critique,
- identifier ses émotions,
- gérer ses émotions,
- savoir formuler une demande et refuser une demande,

- la conversation sociale : donner son opinion, savoir faire et recevoir des compliments,
- évaluation reprise de l'échelle de degré d'autonomie en affirmation de soi (Cungi et Rey).

Le groupe est fermé et sur inscription préalable, l'engagement à l'abstinence avec décision explicite est un pré-requis indispensable ainsi que la participation au groupe d'entrainement à l'abstinence et de prévention de la rechute.

*4. Groupe permanent d'entrainement à l'abstinence et de prévention de la rechute*

Ce groupe est constitué de patients « expérimentés », qui ont traversé pratiquement tous les cycles des groupes depuis leur introduction au CENEA en 2007. Ces patients sont ainsi plus familiers des techniques cognitives et comportementales de prévention et d'exposition aux situations à risque. Une croissance rapide avec l'entraînement des acquis et des compétences cités auparavant (Prévention de la rechute, affirmation de soi; groupe à thèmes co-construit) nous amena à répondre à leur demande qui était de poursuivre de tels rencontres « en continu ».
Le fait d'avoir suivi plusieurs groupes ne supprime pas définitivement les problèmes d'abus de substances. En effet, plusieurs participants ont « dérapé » et se sont réalcoolisés, mais sans commune mesure avec les épisodes initiaux et précédents leur participation à des groupes. D'autres effets bénéfiques apparaissent tels que le renforcement de la motivation, l'appropriation d'un lieu de contrôle des émotions et une baisse de la demande de suivi en individuel.

L'évaluation de chaque groupe indique la motivation à poursuivre un engagement personnel et surtout le désir de ne pas rester isolé, sans lien de parité avec ses semblables. Le *Groupe permanent d'entrainement à l'abstinence et de prévention de la rechute* est un groupe ouvert qui n'est pas limité dans le temps. Il se déroule toutes les trois semaines, le lundi entre 18h00-20h00, il est animé par des professionnels formés aux thèmes abordés ainsi qu'à la dynamique de groupe. Les séances, fréquentées par une dizaine de patients, sont à disposition de toute personne ayant déjà suivi un groupe de prévention de la rechute et, si possible, connaissant les techniques cognitives et comportementales. Les fonctions plus particulièrement abordées au sein du groupe sont le soutien, l'entraide et l'apprentissage des moyens de prévention. Il met l'accent sur la communication et l'échange, l'autodétermination pour une vie de qualité ancrée dans la durée et sans alcool ainsi que l'entraînement aux techniques de résistance et de résolution de problèmes.

*5. Groupe sophrologie*

La sophrologie est un ensemble de techniques et de méthodes à médiation corporelle. Elle vise la consolidation de l'équilibre entre nos émotions, nos pensées et nos comportements.
Pratiquée en groupe, elle permet aux participants d'acquérir des techniques clés de la sophrologie caycédienne et d'accéder à un état de détente et de relaxation.
L'animateur de ce groupe, formé à la sophrologie caycédienne (master spécialiste), conduit le groupe dans la pratique de la sophrologie selon un schéma personnalisé où sont abordés successivement les thèmes suivants : éveil de l'intérêt pour la sophrologie, découverte des respirations thoraciques, abdominale et totale, découverte des différentes postures sophrologiques, initiation au principe d'action positive, apport de la sophrologie dans la gestion du stress.
Cette initiation à la pratique de la sophrologie se fait dans le cadre d'un groupe fermé d'une durée de seize semaines à raison d'une séance toutes les deux semaines.

Les moyens utilisés associent l'acquisition de techniques et les échanges sur le vécu des participants. Au fil des séances, ils acquièrent des techniques qu'ils pourront utiliser de manière autonome.

### c) La fonction psychothérapeutique

Le groupe peut permettre un engagement plus nettement psychothérapeutique. La dynamique groupale, par son effet de miroir, aide le patient à percevoir son propre schéma de fonctionnement, et permet de mettre en évidence les mécanismes de défenses et les attitudes relationnelles qui favorisent les conduites addictives. Il peut alors en évaluer sa part de responsabilité, développer ses capacités de penser son fonctionnement et d'expérimenter des relations plus satisfaisantes. Le soutien et le feed-back du groupe encouragent le patient dans la voie du changement.

#### *1. Groupes d'enfants de parents dépendants*

Un tiers des enfants qui vivent auprès d'un parent dépendant à l'alcool, présente des troubles ou des maladies.
Avec le soutien de l'ISPA, nous avons mis en place un groupe spécifique pour répondre au besoin souvent exprimé par les familles - notamment dans le groupe de proches - mais aussi par les professionnels (médiateurs scolaires, assistants sociaux, médecins, etc.) qui s'inquiétaient du devenir de certains enfants de parents alcoolodépendants.
Nous avons créé deux groupes ouverts pour ces enfants : un pour les enfants de 8 à 12 ans et l'autre pour les adolescents de 13 à 18 ans. Ce sont deux rencontres mensuelles d'une heure : une pour le groupe enfants et une autre pour le groupe adolescents. Ces deux groupes utilisent des techniques de gestion des groupes thérapeutiques selon une approche psycho-dynamique. Ils sont animés par deux intervenants du CENEA avec l'appui d'un psychologue expérimenté, d'orientation psychanalytique et spécialisé dans la psychothérapie des enfants et des adolescents.
L'entrée dans le groupe est précédée par un entretien avec les parents et l'enfant. Ce premier entretien permet d'évaluer la situation familiale et d'obtenir le consentement des parents et de l'enfant pour la participation au groupe. C'est le moment où l'enfant pourra être orienté dans un premier temps vers un suivi individuel. Il pourra aussi être proposé un soutien aux parents pour les aider à assumer leur parentalité.
Ce groupe privilégie un moment d'écoute. Il permet aux enfants d'échanger avec d'autres vivants la même problématique. Il les aide à exprimer leur ressenti sur les situations vécues. Ils ont également l'occasion de réfléchir à leur relation avec leur parent en difficulté. Ainsi le groupe d'enfants pourrait leur permettre à travers un échange entre eux ou avec un professionnel, d'apprendre à surmonter leur sentiment de culpabilité et leur isolement social. Le groupe favorise aussi le renforcement des ressources existantes, la capacité à gérer les conflits ainsi que les difficultés au quotidien. Le contenu (travail sur l'estime de soi, la confiance en soi, sur ses émotions, etc.) et les moyens sont adaptés aux enfants et aux adolescents.

**Conclusion :**

Nous pensons que la pratique des groupes permet de prendre en compte la nécessaire transdisciplinarité des soins ainsi que les différents aspects de la conduite addictive. Nous conclurons sur les propos de A. Morel qui souligne que "L’addiction s’instaure lorsque le recours à une source de plaisir devient asservissant – c’est la perte de contrôle qui correspond à l’emballement du système de récompense – mais aussi lorsqu’il devient envahissant, c’est-à-dire quand la répétition de la sensation autodéclenchée engage une modification permanente du rapport au monde. Une modification de soi dans son lien au monde qui n’arrive pas par hasard, mais qui permet à la fois de mieux répondre aux attentes du social et de s’en protéger. L’addiction (comme la dépendance) n’est donc pas seulement une perte de contrôle, c’est aussi un changement profond dans la relation entre soi et le monde. Réduite à

un " emballement du système de plaisir ", l'addiction n'est plus alors qu'un objet de techniques visant à corriger un dysfonctionnement cérébral et à rétablir la maîtrise du comportement. En revanche, si cette perte de contrôle biologique est conçue dans sa dimension expérientielle et psychosociale, l'addiction est réintroduite dans une interface active entre l'individu, son histoire et le social. Elle prend sens, le sujet retrouve une responsabilité sur lui-même […] À ce titre, l'utilisation du groupe, comme espace d'interactions et de changements ou comme lieu et moyen d'entraide, prend un nouveau sens et devient une perspective prometteuse de nouvelles propositions d'aides et de soins".

**Bibliographie :**


Chapelier J.B. *Les psychothérapies de groupe*. Dunod, Paris, 2000.
Chéné P.A. *Sophrologie, fondements, méthodologie*. Edition Ellébore, Paris, 2008.
Cungy C. *Savoir s'affirmer*. Édition Retz, 1996.
Marlatt G. A., Donovan M.D. & coll. *Prévention de la rechute - Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Médecine et Hygiène, 2008.
Morel A., Couteron J.P. *Les conduites addictives - comprendre, prévenir, soigner*. Dunod, Paris, 2008.
Morel A., *L'addiction : croyances ou révolution?* Psychotropes 2006 - Vol.12 n° 3 et 4 : 21-40
Reynaud M. *Addictions et psychiatrie*. Masson, Paris, 2005.
Reynaud M., Bailly D., Venisse J.L. *Médecine et addictions - peut-on intervenir de façon précoce et efficace? Masson*, Paris, 2005.
Sobell L., Sobell M. Stepped care for alcohol problems: an efficient method for planning and delivering clinical services. In: Tucker J.A., Donovan D.M., Marlatt J.A. *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies*. Guilford Press, 331-343, New York, 1999.
Uehlinger C. *Abstinence - manuel du praticien pour l'aide à la prévention à la rechute*. Médecine et Hygiène, 1996.

# Thème : les ados - Cannado et Le Râteau

développé par le DROP-IN

# Cannado : modèle d'intervention pour les adolescents consommateurs de produits psychotropes

Pour faire face aux problèmes de consommation de cannabis chez les adolescents, au cours de ces dernières années, nous avons mis en place au Drop-In de Neuchâtel un modèle d'intervention spécifique.[1]

Nous pouvons le diviser en **deux phases** distinctes :

a) Le moment de l'évaluation de la consommation des produits psychotropes et de l'appréciation de la situation globale de l'adolescent et de sa famille. On peut nommer cette phase « bilan cannado » ou « programme cannado ».
b) Le moment de la prise en charge de l'adolescent et de sa famille. Cette phase se déroule à la suite de l'évaluation cannado et s'intitule « cannado traitement » ou « cannado consultation pour adolescent ».

## a) Phase de l'évaluation et du bilan

Le programme cannado bilan/évaluation a été instauré depuis 2004. L'outil diagnostic se fait à l'aide d'un questionnaire d'anamnèse général et fait références aux catégories de consommations décrites dans le DSM-IV. Lorsqu'un traitement se poursuit, cette phase est essentielle car elle permet de créer un lien thérapeutique de confiance avec le jeune et sa famille. Elle se rapproche du premier entretien lors d'un début de thérapie individuelle ou familiale. Il existe toute une série de techniques spécifiques afin d'atteindre cet objectif d'alliance. Lorsqu'une prise en charge plus longue n'est pas indispensable ou non souhaitée, le bilan permet de rassurer la famille (par exemple en mettant en lumière les ressources de l'adolescent) mais également d'apporter un certain nombre d'éléments objectifs concernant les produits psychotropes.

**Historique et contexte institutionnel :**
En 2004, afin de répondre à la demande du juge de l'Autorité Tutélaire du district de Boudry qui souhaitait avoir la possibilité d'ordonner une alternative aux mesures pénales habituelles (amendes, travail d'intérêt général), nous avons mis en place le programme cannado.

Pour nous, c'était également une opportunité pour commencer à traiter des jeunes consommateurs de cannabis. En effet, le Drop-In a pour mandat de s'occuper d'information, de prévention et de traitement des addictions. Or, pendant des années, nous avons rencontré des adolescents dans des informations de prévention ou au Râteau. Certains nous ont parlé tout à fait librement de leurs consommations de produits psychotropes et de leurs difficultés personnelles. Cependant, malgré notre insistance, il était rare de pouvoir poursuivre ces discussions voir d'entamer un suivi régulier. Il était regrettable de ne pas pouvoir nous occuper de ces adolescents en difficultés alors qu'ils entraient parfaitement dans nos mandats de prévention et de traitement !
De l'autre côté, quand nous analysions les anamnèses de nos patients toxicomanes, il était fréquent de constater que leur addiction avait débuté par des consommations importantes de cannabis ou d'alcool à l'adolescence. Dans certaines situations, nous pensions qu'une

[1] Article tiré majoritairement du mémoire de fin de formation à l'intervention et à la thérapie d'orientation systémique du CERFASY : Clément Descoeudres, « Adolescents et consommation de cannabis : quel type de prise en charge ? », 2009

intervention précoce durant cette période aurait peut-être pu éviter l'échec scolaire, une désinsertion socioprofessionnelle voir une toxicomanie plus longue et lourde.

**Présentation du programme cannado :**

***Les 4 entretiens de cannado* :**

- Le mineur est reçu seul pour 2 entretiens (obligatoires).

  **Objectif :** Aider l'adolescent à faire le point sur ses consommations et leurs conséquences (apprentissages, écoles, vie sociale, etc.). Offrir dans un lieu accueillant une écoute attentive. Créer une relation thérapeutique. Poser un diagnostic clinique sur leur situation avec des outils adéquats (questionnaire cannado, DSM-IV[2], etc.) et permettre d'évaluer le type de consommation (récréative, abusive, addictive).

- Les parents sont reçus seuls pour 1 entretien

  **Objectif :** Ecouter les parents en leur donnant la parole. Donner des informations objectives et scientifiques sur les produits et les soutenir. Gagner leur confiance.

- Le mineur et les parents sont reçus ensemble.

  **Objectif :** Tirer un bilan de la situation de l'adolescent. Voir comment la famille a vécu ces consultations. Envisager un suivi à plus long terme pour le jeune et/ou ses parents.

Lorsque nous sommes dans une situation de cannado justice, nous prenons contact avec l'Autorité qui a envoyé le jeune afin de lui signaler s'il s'est bien rendu à ses rendez-vous. Par contre, aucune information concernant le contenu des entretiens n'est divulguée.

**Les portes d'entrée**

Suite aux renseignements enrichissants obtenus lors des premiers entretiens cannado justice, nous avons pensé qu'il serait intéressant de développer ce concept et notamment en intensifiant la collaboration avec l'école et les parents.

- Cannado justice: le juge adresse le jeune au Drop-In pour deux entretiens individuels et conseille vivement aux parents de participer à la démarche. Pas de restitution du contenu des entretiens. Les deux entretiens individuels de l'adolescent sont obligatoires.

- Cannado école : Nous étions déjà « présents » dans certains collèges du littoral neuchâtelois, notamment pour y effectuer des séances d'information/prévention. Il était aisé de proposer aux directions un modèle similaire au cannado justice mais adapté à l'école. Il y a deux possibilités :

a) Mode sanction : le directeur ordonne l'évaluation cannado, en remplacement ou complément d'heures d'arrêt ou de mise à pied. Pas de restitution du contenu. Les deux entretiens individuels de l'adolescent sont obligatoires. Les parents sont avertis

[2] Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Utilisé pour les diagnostics de dépendance et d'abus de substance.

et il leur est conseillé de prendre contact avec le Drop-In afin de participer à la démarche.

b) Mode soutien : suite au repérage d'un consommateur, un membre de l'école (conseiller socio-éducatif, médiateur, sous-directeur, directeur, etc.) lui conseille de venir faire une évaluation de sa consommation au Drop-In. Ensuite, un suivi peut être instauré en collaboration avec les parents, l'école et le Drop-In. Evite à l'élève une expulsion précoce et prévient l'échec scolaire.

- Cannado parents : répond à la demande d'inquiétude des parents. Permet de donner une réponse rapide. Les parents et l'adolescent sont reçus ensemble au début du premier entretien afin d'expliquer à toute la famille le cadre de l'intervention cannado. Première étape d'un suivi du patient et de sa famille.

- Cannado institutions : à la demande des institutions, l'adolescent peut bénéficier d'un bilan (mode sanction ou soutien). Des suivis peuvent également être instaurés. Prise en compte de la famille mais aussi de l'équipe éducative et des thérapies déjà instaurées. Concept en voie d'évolution, afin d'intégrer au mieux la réalité institutionnelle. Réflexion en cours en 2009. Protocoles de collaboration à instaurer.

- Cannado volontaire : l'adolescent vient seul demander du soutien. Situation extrêmement rare chez les mineurs. La phase d'évaluation cannado sera proposée avant d'envisager un traitement à plus long terme en cas de nécessité. Essai de prise en compte de la famille lorsque c'est possible.

**b) Phase du suivi de l'adolescent**

Pendant des années, dans les milieux des soins aux toxicomanes, peu de gens s'occupaient des adolescents consommateurs de cannabis. Il était couramment admis qu'il était difficile d'intervenir chez des personnes qui ne désiraient pas arrêter de fumer et qui étaient, comme on le nommait généralement « en lune de miel » avec le produit. Or, s'il est exact qu'il est difficile d'intervenir avec un objectif d'abstinence immédiate, la prise en charge d'un adolescent peut néanmoins se révéler judicieuse et efficace.

Le travail avec les adolescents n'est pas tout à fait similaire à celui effectué avec les adultes. En effet, durant cette période de leur vie, les jeunes sont confrontés à certains enjeux majeurs. Il s'agit essentiellement des notions de formation/orientation, de dépendance/indépendance (séparation), d'identité et de sexualité. Il est important d'en tenir compte dans la phase du suivi de l'adolescent.

Suivi individuel

Lorsqu'un adolescent vient pour la première fois dans une institution comme la nôtre, il consulte rarement avec plaisir et de manière volontaire. Nous nous retrouvons face à quelqu'un de méfiant, inquiet, parfois passif ou résigné, voir agressif. Il est donc primordial de pouvoir rapidement le rassurer et créer un lien thérapeutique. Différentes approches peuvent être utilisées dans ce but, comme par exemple les techniques d'**entretien motivationnel[3], de thérapies brèves[4] (thérapies centrées sur les solutions[5]), etc.**

[3] William R. Miller, Stephen Rollnick, « L'Entretien motivationnel », InterEditions, Paris, 2006
[4] Stephen Hendrick, « Un modèle de thérapie brève systémique », érès, 2007
[5] Luc Isebaert, Marie-Christine Cabié, « Pour une thérapie brève », érès, 2006 (1ère édition 1997)

La première phase de cannado permet souvent d'y arriver. Les conditions principales sont alors réunies pour poursuivre/débuter le traitement tant par une démarche individuelle que familiale.

Même si la prise en compte de la famille est essentielle, elle ne suffit pas à traiter les jeunes consommateurs abusifs ou dépendants. Nous pensons qu'un suivi individuel de l'adolescent est également indispensable. Pour Henri Boutillier, « *les entretiens duels avec le patient désigné sont nécessaires. Ce dernier a besoin d'un fort soutien thérapeutique. Il est important que le système familial soit symboliquement présent pour le thérapeute et le patient. Un certain nombre de choses exprimées dans la relation duelle, ne touchant pas à l'intimité du sujet, pourront être reprises dans une séance ultérieure avec toute la famille, en accord avec le sujet.* » D'après l'auteur, il note que « *dans ces entretiens individuels sont abordés certains thèmes, qui ne peuvent pas l'être devant la famille, comme la sexualité ou tout autre domaine faisant partie de ce que le sujet estime êtres son jardin secret. Mais la tâche la plus importante consiste sans doute, à soutenir et à aider le sujet dans la réalisation d'objectifs successifs : trouver une activité professionnelle rémunératrice, vivre en dehors du milieu familial, élargir son champ social, et arriver, éventuellement à fonder lui-même une famille. Là encore, c'est le sujet et non le thérapeute qui décide des objectifs.* »[6]

Dans un suivi individuel, nous allons essentiellement aborder les enjeux majeurs décrits ci-dessus. Au niveau de la formation et de l'orientation, un travail de réseau et de collaboration est souvent profitable (cannado école par exemple). Par le passé, nous avons constaté qu'une intense collaboration avec un collège permettait très souvent de maintenir un élève dans une filière de formation. Les chances de réussite (obtention de CFC, Maturité, etc.) étaient décuplées. Quand un connaît le coût d'un élève en formation, nous sommes convaincus que ce suivi intensif est un bon investissement. Effectivement, un jeune qui après avoir abandonné sa formation après trois années, intensifie ses consommations de psychotropes et se retrouve au chômage ou à l'aide sociale coûtera beaucoup plus à la société.

**Suivi familial**

En complément au suivi individuel, nous pensons qu'une prise en compte de la famille est importante. La plupart du temps, il s'agit de proposer des entretiens de famille.

Catherine Ducommun-Nagy rappelle que les pionniers de la thérapie familiale admirent que « *les questions de santé et de maladie ne pouvaient être comprises sans une prise en compte du contexte familial dans lequel les individus se trouvent* ».[7]

En recevant une famille, la démarche qui anime Serge Hefez, « *n'est donc en aucun cas de rechercher dans la famille les raisons de l'enlisement d'un adolescent dans sa consommation cannabique, mais de trouver un levier de changement pour désamorcer cette spirale et restituer les conflits inhérents à l'adolescence dans une plus juste place.* »[8]

Nous constatons souvent que le symptôme « cannabis » est au centre de nombreuses disputes familiales alors qu'en fait d'autres enjeux majeurs se jouent en souterrain. Recevoir en consultation toute la famille permet également de se décentrer du symptôme et d'aborder les autres difficultés.

En effet, Serge Hefez constate également que son travail avec les familles « *malmenées par la dépendance au cannabis d'un ou plusieurs adolescents nous confronte en effet à des conflits*

[6] Henri Boutillier, « La toxicomanie à l'adolescence », in « L'adolescence, crise familiale » Editions érès, 1992, p. 124-125
[7] Catherine Ducommun-Nagy, « Ces loyautés qui nous libèrent », Paris, JC Lattès, 2006, p. 161
[8] Serge Hefez, « Quand le cannabis malmène la famille », in « Cannabis et adolescence : Les liaisons dangereuses », sous la direction de Patrice Huerre et François Marty, Albin Michel, 2004, p. 245

*mal posés. La lutte pour l'autonomie du jeune se déplace au profit d'escalades symétriques incessantes autour de la consommation du produit. Par effet de cristallisation, le cannabis devient la cause ultime de tous les maux, résumant à lui seul l'hostilité ou la dépression de l'enfant, la violence ou le manque d'autorité du parent, les disputes conjugales, le désarroi de la fratrie. »*[9]

**Le rôle des parents**

Nous avons vu précédemment qu'il était indispensable de créer un lien thérapeutique solide avec les jeunes consommateurs afin d'avoir une chance de pouvoir les aider. Il est tout autant important de créer un climat de confiance avec les parents.

En effet, il est difficilement envisageable de suivre un adolescent sans le soutien ou l'aval de ses parents. Nous essayons de rendre les parents partenaires du traitement. En effet, comme le rappelle Serge Hefez, *« il ne s'agit pas de stigmatiser une famille, d'accuser les parents d'être trop intrusifs ou distants, mais de retrouver une compétence perdue. »*[10]

Avec l'expérience acquise au fil des années, un postulat de base s'impose : les parents doivent être considérés avant tout comme des partenaires et non par exemple, comme les personnes responsables des consommations de leur enfant. Il faut éviter d'instaurer un rapport de hiérarchie (dans lequel certains se mettent eux-mêmes) ou de les voir comme des entraves au traitement.

Guy Ausloos rappelle que *« collaborer signifie étymologiquement « travailler avec ». Si l'on n'est pas prêt à aller jusqu'au bout de ce que cette notion implique, (…) il vaut mieux ne pas introduire l'approche systémique dans l'institution. »* [11]

Dans le cadre de la phase d'évaluation de cannado, lorsque nous recevons les parents seuls, nous sommes souvent confrontés à des personnes remplies de culpabilité, de remords ou de découragement. Cette rencontre permet de les écouter et de recueillir un certain nombre d'informations utiles concernant leur enfant. Elle met en lumière leurs compétences parentales, souvent sous-estimées en raison des mois ou des années de galères. La phase du bilan cannado est un premier pas allant dans ce sens et les entretiens de familles entrepris par la suite permettront de développer plus en détail ces sujets.

A nouveau Ausloos nous dit que *« collaborer, c'est d'abord respecter les familles, leurs savoirs, leurs compétences et le leur montrer tout au long des interactions. (…) Collaborer c'est donc abandonner une position de soignant ou d'éducateur en position de supériorité pour s'ouvrir à un dialogue sincère, à une recherche commune de solutions, à un travail sur les possibles plutôt que sur les limites. »* [12]

**La cothérapie scindée**

Au Drop-In, nous utilisons depuis plusieurs années ce modèle de thérapie familiale adapté aux institutions et développé par Guy Ausloos.

<u>Définition</u> *:*

***« Un thérapeute (T1) prend la responsabilité du travail avec les familles et de la conduite des entretiens, un cothérapeute (T2) se centre plus sur le patient-désigné et se présente comme le représentant de l'institution. Ces cothérapeutes restent les mêmes pendant toute la durée de la prise en charge et les entretiens sont annulés si l'un des deux est absent. (…) »*** [13]

---

[9] Ibid, p. 245
[10] Ibid, p. 254
[11] Guy Ausloos, « Vers un fonctionnement systémique de l'institution », in « Thérapie Familiale », Genève, 1985, Volume 6, n°3, p. 239
[12] Ibid, p. 239
[13] Ibid, p. 241

**Avantages et adaptations du modèle :**
Au fils des ans et des expériences cliniques, nous avons adapté ce modèle théorique en fonction des particularités du suivi ambulatoire d'adolescents consommateurs de psychotropes. La personne qui a pu créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent dans le cadre de la phase d'évaluation de cannado devient naturellement le cothérapeute (T2). Il intervient dans les séances de famille essentiellement pour soutenir le jeune ou amener dans la discussion des éléments au préalable discutés en entretien duel. Parfois, l'adolescent désire aborder un thème mais n'ose pas en parler de lui-même ; il demande alors à son référent psychosocial (T2) d'en parler à sa place. Il va sans dire que le comportement du cothérapeute renforce l'alliance thérapeutique.

La position partiale de T2 nous semble importante. Elle n'empêche pas le référent de reprendre un thème en entretien individuel afin de souligner les erreurs du patient, mais en aucun cas devant la famille.

Pour terminer, il est important que les deux thérapeutes échangent régulièrement leurs impressions sur les situations suivies. Cela signifie qu'ils se rencontrent quelques minutes avant la séance et qu'ils prennent à nouveau le temps d'en discuter une fois l'entretien terminé.

**Avantages du modèle d'intervention pour les adolescents en deux phases :**

Ce modèle est intéressant car il permet de délimiter clairement les rôles des deux thérapeutes tant dans le suivi de l'adolescent que dans les entretiens de famille.

T2 est un soutien pour l'adolescent mais aussi, il peut construire des ponts entre parents et enfants. Pour y arriver, deux conditions essentielles doivent être remplies : une bonne alliance thérapeutique avec le jeune et disposer de la confiance des parents.

Dans notre modèle d'intervention en deux phases, nous avons vu que la phase du bilan cannado permet souvent d'y parvenir, tant avec le jeune qu'avec ses parents. Il est donc très intéressant que le futur thérapeute T2 rencontre lui-même les parents. Ainsi, ils peuvent « jauger » la personne qui s'occupera de leur enfant. En outre, si la création de l'alliance thérapeutique a été couronnée de succès, ils deviennent alors de véritables partenaires du traitement.

Lors d'un traitement au Drop-In, habituellement les parents contactent le thérapeute T1 lorsqu'ils ont des questions ou des remarques au sujet de leur enfant. Ainsi la relation entre le jeune et le thérapeute T2 est préservée.




Passage obligé entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est une période charnière qui ouvre vers de larges horizons inconnus parsemés d'embûches telles que les changements corporels, l'estime de soi, la découverte de la sexualité, le choix d'une orientation professionnelle et les conduites à risques... Cette période critique dans la constitution de l'identité s'accompagne du renoncement à l'enfance et d'un détachement envers les parents.

En co-construction entre son être et son environnement, l'adolescent a besoin d'un entourage structurant et rassurant. Il importe que les adultes se positionnent clairement et donnent des règles. Laisser le jeune livré à lui-même sous prétexte qu'on le laisse décider, c'est lui imposer de décider et donc peu structurant pour lui.

Les adolescents ont besoin de limites pour évoluer. Les limites données par les adultes doivent permettre aux jeunes une construction de la pensée et freiner le « fonctionnement pulsionnel » propre aux adolescents.

## Les conduites addictives

L'adolescence est une période charnière qui impose un changement de l'équilibre interne et externe et remet en cause les relations d'autonomie et de dépendance. De ce fait, on assiste à une fragilisation du monde psychique interne et le rapport à la réalité externe s'en trouve sensiblement modifié.

L'adolescence s'avère être une période « à risque ». Il s'agit d'une période où les phénomènes nécessaires d'individuation et d'indépendantisation réactualisent souvent des problématiques plus archaïques.

Les conduites addictives débutent souvent brutalement à l'adolescence avec deux pôles de prédilection : la puberté, avec ce qu'elle implique de recherche d'autonomie et de « resexualisation » de liens, et la période autour de 18 ans, correspondant à la fin des études. Dans ce dernier cas de figure, la puberté est généralement marquée par des conduites auto-destructives caractérisées par le renversement en son contraire et la négativation du lien privilégié que l'adolescent entretenait avec une ou les figure(s) parentale(s). Ceci est un premier coup de frein au développement des ses potentialités qui sera suivi d'une période de statu quo, avant le « déclenchement » des conduites addictives.

L'adolescence, par les différents aménagements qu'elle suscite, semble donc être une période privilégiée pour l'installation des conduites de dépendances. Certes, il apparaît que la majorité des comportements d'addiction installés et plus encore les demandes de soins des individus pour tenter de rompre ce lien de dépendance apparaissent chez les jeunes adultes.
Mais, si nous reprenons les événements de vie et l'histoire de la consommation de ces adultes, on constate inéluctablement que les débuts du « comportement de consommation » ont été contemporains de l'adolescence, vers 15 ou 16 ans (Michaud, 1997).

Plusieurs études ont montré que près de la moitié des consommateurs de cannabis mettent un terme à leur consommation dans les deux années qui suivent leur découverte (Choquet, 1992).

L'autre moitié continue à consommer de manière occasionnelle, problématique ou présente des conduites addictives. Le rôle des intervenants en addiction est de cerner les facteurs pouvant prédisposer l'adolescent à une consommation durable et croissante, ceci afin de pouvoir mettre en place une stratégie de prévention et de soins efficaces, plutôt que d'aborder de manière indifférenciée tous les adolescents consommateurs de cannabis (Richard, Senon & Valleur, 2004).

Pour tenter de répondre à ces différents constats, L'équipe du Drop-in, dans le contexte de sa mission de prévention et de promotion de la santé, réfléchit régulièrement à ses différentes interventions et propose quelques pistes, dont le Râteau.

## Le Râteau

Antenne du Drop-in créer en 1989, le Râteau, bistro ado, est un lieu d'accueil des 12 - 18 ans ouvert de 15h30 à 18h du mardi au vendredi et de 14h30 à 18h le mercredi.

Des professionnels (un professionnel du Drop-in et un(e) aide-animateur(trice)) sont présents à chaque ouverture dans le but de proposer un cadre structurant et rassurant pour les jeunes usagers.

Les règles de base sont claires : « Pas de violence, pas d'alcool, pas de drogue ». Le respect de soi et d'autrui font partie intégrante de la culture du Râteau.

Ce lieu permet aux adolescents de créer du lien avec des adultes bienveillants, de rencontrer d'autres jeunes dans un espace convivial et secure, de pouvoir bénéficier d'un premier petit job et de participer à des groupes de réflexion autour de problématiques diverses.

Le Râteau est ouvert à tous les adolescents sans distinction ; une stratégie de prévention « idéale » est donc censée s'adapter au niveau des facteurs de risques de la population concernée. Une intensité différente d'investissement et d'accompagnement doit donc être appliquée en fonction des conditions psychosociales du jeune rencontré.

Dans ce lieu d'accueil, la plupart des adolescents ne présentent pas ou peu de signes de mal-être. D'autres, en revanche, présentent une évolution problématique. En effet, une partie d'entre eux rencontre certaines difficultés comme par exemple des problèmes familiaux, de violence ou d'agressivité mal contenue. Ils sont parfois en échec scolaire, ce qui entraîne une perte de l'estime de soi et un manque de débouchés professionnels. A cela s'ajoute, pour certains adolescents ayant un vécu migratoire, de difficultés d'intégration souvent associées à des souffrances personnelles et familiales.

Afin de s'adresser à cette large palette d'adolescents, le Râteau veille à proposer et adapter ses programmes de prévention tel que la prévention est définie par la classification de l'Institute of Medicine américain (IOM):

***La prévention universelle***
Elle s'adresse à l'ensemble de la population sans distinction entre les degrés de risque ou de menace.

***La prévention sélective***
Elle s'adresse à des jeunes définis comme plus vulnérables et qui présentent des risques plus importants d'une évolution problématique. Les mauvais résultats scolaires, la précarité, les problèmes familiaux ou l'abus de substances sont autant de facteurs de risques.

***La prévention indiquée***
Elle s'adresse à une minorité de jeunes identifiés, exposés à un risque accru et pour certains déjà en voie de marginalisation. Le but est de réduire les méfaits attribuables à un mode de vie problématique.

Comme nous le verrons ci-dessous, les prestations du Râteau s'intègrent dans cette vision différenciée de la prévention; et de proposer aux adolescents des activités qui s'inscrivent dans au moins une de ces préventions et ainsi répondre au mieux à leurs besoins. Lors de la présentation de chacune de nos offres, nous nous efforcerons d'expliquer en quoi cette dernière a une valeur préventive et de promotion de la santé.
Avant de présenter plus concrètement le Râteau et ses prestations, il nous paraît important de mettre en évidence 5 notions qui accompagnent quotidiennement le travail de l'équipe éducative.

**Le Râteau en 5 points…**
***La notion de rencontre.***
Créer une rencontre et la possibilité d'une alliance. Espace protégé où puisse être entendue et discutée leur expérience individuelle, sans jugement ni a priori.
***La notion d'expérience.***
Lieu où on peut apprendre quelque chose sur soi, sur l'autre et sur le monde, au sens où l'on acquiert une expérience.
***La notion de repérage.***
Pouvoir identifier les usages ou les comportements potentiellement ou actuellement problématiques. Ces actions de repérages n'ont d'intérêts que si elles créent des situations relationnelles et ouvrent sur des prolongements possibles en termes de rencontre.
***La notion d'aide à l'autoévaluation.***
L'objectif est de susciter, par des moyens simples et accessibles, l'auto-observation et une réflexion active sur des comportements ou des consommations.
***La notion de motivation.***
Elle recouvre la compréhension des motivations à avoir tel ou tel comportement, et l'aide à la motivation au changement de certains comportements. Les intervenants peuvent aider le jeune tout en respectant son autonomie de décision pour lui-même…
***La notion d'accompagnement.***
Elle regroupe les 5 notions ci-dessus pour réaliser l'objectif commun à toutes, qui est d'établir un lien et un échange, sans a priori, une présence, une écoute et une aide à la réflexion, parfois une aide au changement ou une orientation.

## Les prestations

### La présence de jeux au Râteau
L'équipe a pu constater au fil des années que les jeux (baby-foot, Nintendo,…) étaient un bon vecteur d'attraction, permettant d'intéresser un grand nombre d'adolescents. Cependant, ces jeux peuvent aussi parfois être des facteurs d'isolement ne facilitant pas la communication.
Face à cet inconvénient, l'équipe met en place différentes stratégies :

- Les travailleurs sociaux s'impliquent dans les jeux, n'hésitant pas à prendre part à de nombreuses parties ou à organiser des tournois. Ceci permet de créer des liens avec les adolescents et de favoriser une identité de groupe.
- Un critère de sélection des jeux présents au Râteau est le caractère non-violent et de coopération, afin d'augmenter la collaboration entre les jeunes et de réduire l'isolement potentiel inhérent à ce type d'activité (console Nintendo).

### Le travail au bar
Les jeunes qui le souhaitent peuvent travailler certains après-midi par semaine au bar du Râteau. Ils sont alors chargés de tenir le bar sur une tranche horaire de 60 minutes, d'aller

faire les commissions de ravitaillement, de tenir l'endroit propre à la fin de leur service, … Une petite rémunération est octroyée a la fin de la prestation.

L'équipe demande au jeune qui se présente pour travailler de passer quelques après-midi au Râteau pour qu'il voie s'il s'y sent bien. En outre, une autorisation écrite des parents doit être fournie.

Les tâches inhérentes à leur fonction amènent les jeunes à faire l'apprentissage du respect des « clients » et des consignes données par les travailleurs sociaux. Etre à l'heure, avoir une conduite adéquate derrière le bar sont autant d'obligations et de challenges qui peuvent parfois s'avérer difficiles à satisfaire.

Cette expérience s'avère positive, tant pour les jeunes que pour l'équipe éducative. Les adolescents découvrent par ce biais un moyen de s'approprier le lieu, de se montrer sous un autre jour, de s'intégrer dans un groupe. Cela leur permet de s'ouvrir, de se découvrir des compétences « professionnelles » et sociales. Le travail au bar peut ainsi s'avérer être un excellent moyen de valorisation personnelle et permet le développement de la confiance en soi et l'amélioration de l'estime de soi.

A côté de cela, les membres de l'équipe utilisent également cet outil d'intervention afin de créer des liens avec certains adolescents perturbateurs, d'entrer en contact avec des jeunes introvertis et d'approfondir leurs rapports avec les adolescents désireux de contacts personnalisés.

**Coaching scolaire au Râteau**

Comme le dit Bergeret (1998) : « il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives relationnelles »[14]. Les facteurs de risque pouvant amener un adolescent à adopter des conduites addictives sont multiples et doivent être envisagés de manière complexe. Ainsi, il est important de tenir compte des facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Aucun facteur pris isolément ne peut être considéré comme un élément de causalité linéaire.

Dans la mesure du possible, les intervenants du Râteau envisagent leur travail de manière systémique en tenant compte non seulement de l'adolescent lui-même mais aussi de son environnement familial et social. Bien que l'adolescent puisse venir librement au Râteau, ses parents sont considérés comme des partenaires pour son encadrement. Dans le cadre du coaching scolaire par exemple, les parents sont invités à collaborer régulièrement à des entretiens de réseau afin de faire des bilans par rapport à l'évolution de leur enfant mais aussi par rapport aux objectifs qui avaient été préalablement définis. Le rôle du Râteau est également de soutenir, orienter ou guider les parents parfois dépassés par les comportements difficiles de leur adolescent.

L'environnement social, notamment le contexte scolaire, doit également être pris en compte. Les collaborations avec les écoles environnantes sont très importantes car il a été démontré que tous les processus conduisant à l'exclusion du jeune et à sa marginalisation ont un effet favorisant et incitatif sur la consommation addictive de produits. Le plus important de ces facteurs d'exclusion est la rupture scolaire. Richard et al. (2004) écrivent que «exclure un adolescent de l'école, c'est le mettre en situation expérimentale de désœuvrement, de rupture et d'engagement dans un risque de consommation toxicomaniaque. »

Le coaching scolaire que le Râteau propose depuis plusieurs années a, parmi ses objectifs principaux, d'éviter que les adolescents les plus vulnérables se retrouvent en situation de rupture.

---

Il consiste à proposer un soutien scolaire aux adolescent(e)s de 12 à 18 ans.
Certains jeunes présentant des difficultés scolaires n'ont pas la possibilité d'être soutenu dans leur cadre familial (immigration, famille monoparentale, difficultés sociales, etc.).

**Le coaching permet:**

- Un soutien dans la réalité scolaire et dans l'entrée dans la vie active, soutien psychopédagogique ;
- De répondre aux différentes demandes (difficultés scolaires, relationnelles ou sociales) ;
- De repérer les adolescents (parents) en difficulté ;
- Le cas échéant, orienter l'adolescent vers les services appropriés (Cannado, médiateurs scolaires, etc.) ;
- De coordonner ou créer un réseau de soutien ;
- De proposer un lien rassurant et structurant avec des adultes de référence.
- Eviter une marginalisation ou une rupture précoce du système scolaire

Le coaching scolaire s'inscrit principalement dans le cadre de la prévention sélective. Ce programme vise à amoindrir l'influence des risques en tirant parti des compétences du jeune et à adopter des stratégies lui permettant de réussir au mieux sa scolarité.

**Déroulement**

Chaque demande a été prise en compte individuellement. Ensuite, les parents (au moins un parent ou représentant légal) sont conviés pour fixer les objectifs du contrat. Puis un contrat quadripartite est signé par le jeune, ses parents, le coach et un responsable du Râteau.
Un bilan avec tous les membres signataires est agendé dès la première séance. Ensuite des bilans réguliers sont instaurés selon les besoins.
Lors de ces rencontres, nous avons parfois constaté le désarroi de certains parents face aux difficultés de leur adolescent. Dans quelques cas, un soutien aux parents s'est avéré nécessaire afin que ceux-ci puissent se positionner clairement face à leur enfant. Ces situations nous font réfléchir à proposer une offre de type « coaching parentaux » pour certains parents démunis. Une première écoute, ainsi qu'un soutien de base pourrait être fournis par un(e) responsable du Râteau. En cas de nécessité, un aiguillage vers nos collègues du Drop-in, systémiciens, psychothérapeute ou autre, pourrait être une solution. Actuellement nous le faisons de manière spontanée.
Le déroulement d'une séance de coaching se fait en principe à partir des devoirs ou du programme que le jeune apporte. Les devoirs servent de levier pour travailler plus en profondeur et structurer les connaissances. Ceci afin de permettre d'intérioriser ces dernières et de pouvoir les appliquer ensuite dans le travail scolaire quotidien. Le but est également d'acquérir une meilleure autonomie en développant des stratégies d'apprentissage généralisantes.
Grâce au soutien financier de *La Fondation Hafen*, le coaching est une prestation gratuite pour les parents et les adolescents.

**Bilan du coaching scolaire de l'année scolaire 2008-2009**

25 Jeunes ont bénéficié du coaching durant cette période. La plupart d'entre eux sont issus de l'immigration. (Portugal, Brésil, Tunisie, Maroc, Sri Lanka, St-Domingue, Espagne).
Les jeunes se sont adressés au Râteau sur les conseils de l'OROSP, de l'école (profs après discussion avec les parents), du service d'orthophonie, du Râteau, du programme Cannado ou des parents.
Le bouche-à-oreille a bien fonctionné et certains jeunes sont venus spontanément demander du soutien.

Les demandes étaient diverses :
- aide aux devoirs
- blocage en mathématique
- difficultés langagières (dysphasie, dysorthographie)
- aide à l'apprentissage (échec scolaire)
- difficultés en français pour certains jeunes migrants
- situation psychoaffective difficile
- situation psychologique instable (contact avec pédopsychiatre)
- parents en difficulté avec leurs adolescents

**Quelques exemples (prénoms fictifs)**

**Julie,** 9 pp, aimerait entrer au lycée. Elle a échoué à ses examens la première fois. Elle souhaite de l'aide pour refaire ses examens et augmenter sa moyenne. Elle sera vue une fois par semaine. Très motivée, elle a réussi ses examens et sera acceptée au Lycée. Elle souhaite continuer le coaching.

**Sandra**, OR, mère très angoissée pour sa fille, a de grandes attentes pour elle. Sandra est suivie par une pédopsychiatre et reçoit de la Ritaline. Contacts avec la pédopsychiatre, réseaux avec la mère. Sandra est dépassée scolairement et déprime face à ses échecs. Elle passera en TR, ça va lui permettre de se détendre et de pouvoir travailler plus harmonieusement. Elle pourra alors faire des progrès et repassera en PP. Elle vient 3x/semaine et est très motivée.

**Marc**, 8ème moderne, dysphasique, envoyé par la logopédiste pour travailler sur les rédactions et compréhension de textes. Vient 2x/sem. A remonté sa moyenne en Français en faisant 3x 6 à ses exposés travaillés au coaching.

**Valérie**, 8 Tr, envoyée par l'OROSP. Aide aux devoirs et soutien dans sa réalité scolaire. Elle progresse rapidement et passe en pp. Sa mère, en période de divorce, se sent parfois démunie face à l'éducation de sa fille. Les bilans permettront de la soutenir dans le suivi éducatif de sa fille.

**Christina**, 8 Tr, blocages en maths et avec les chiffres. Vient une fois par semaine, arrive à augmenter sa moyenne en maths et passe en pp.

**Mohamed**, 9 Tr, envoyé par l'OROSP, pour travailler le Français écrit et parlé (est arrivé du Maroc il y a quelques mois). A stoppé le coaching à la fin de l'année scolaire et entre au CPLN en préapprentissage. Sa sœur vient de faire une demande de coaching…

Sur les 25 jeunes suivis durant l'année scolaire, un seul a stoppé spontanément le coaching. Il a préféré renoncer au coaching afin de travailler seul. Actuellement nous avons de nouvelles demandes et nous suivons à nouveau 25 ados. (10 nouveaux et 15 qui ont continué.)

Nous avons pu faire le constat qu'un suivi individuel, avec le soutien des familles, ont permis à ces jeunes de pouvoir renforcer leurs compétences scolaires. Le coaching est également un moyen d'aider l'adolescent à prendre confiance en lui et de lui offrir un regard positif sur les apprentissages afin qu'il ait envie de s'y investir.

**Sortir ensemble et se respecter (SEESR)**

*«Les amis sont la grande richesse de l'adolescence» (Jeammet, 2005)*

L'adolescence est la période de la vie où l'être humain va commencer à véritablement à s'intéresser à l'univers extra-familial. L'adolescent va progressivement se rendre compte que ses parents ne vont plus pouvoir tenir le même rôle qu'auparavant. Il va donc lui falloir trouver d'autres attachements parmi ses amis avant que les liens amoureux ne prennent le relais (Jeammet, 2005). Les amis jouent ce rôle d'ouverture au monde et d'indépendantisation par rapport au milieu familial. «Mais ce qu'il fuit d'un côté, il le retrouve de l'autre » (p.134). En effet, avant d'avoir des attachements plus modéré et plus ouvert, l'adolescent va souvent passer par une grande dépendance affective et parfois de

soumission par rapport à son groupe d'amis. Pour les plus fragiles, ce besoin de contacts et de liens peut l'asservir à ce groupe et risquer de le conduire à adopter des comportements nuisibles pour lui-même ou pour les autres. Il est donc important que l'adulte respecte ce besoin fondamental d'autonomisation mais qu'il continue également à affirmer sa position.

Afin de pouvoir de la manière la plus adéquate et professionnelle possible à cette question des relations amicales et amoureuses chez les adolescents, trois professionnels du Râteau se sont formé au programme «sortir ensemble et se respecter» (SEESR). Ce programme a pour objectif la prévention des violences et la promotion des compétences positives dans les relations amicales ou amoureuses entre jeunes.

La présentation de ce projet s'inspire du Classeur/Manuel Sortir ensemble et se respecter (De Puy, Monnier & Hamby, 2009). SEESR est une adaptationfrancophone du programme Safe Dates développé à l'Université de Chapel Hill en Caroline du Nord (USA). Il a été démontré que les jeunes participant au projet Safe Dates banalisaient moins la violence, en percevaient mieux les conséquences négatives et réagissaient de manière moins destructive à la colère (Foshee & Langwick, 1994). Le modèle développé ici s'inscrit dans une approche de promotion des compétences positive et de prévention des violences qu'elles soient physiques ou psychiques.

Un des aspects intéressants de ce programme est qu'il ne se limite pas à la mise en garde contre les risques et les dangers liés aux violences (ce qui risquerait à se cloisonner dans un rôle moralisateur) mais qu'il porte aussi sur des compétences prophylactiques, telles que les capacités de communication et la gestion de la colère.

En reprenant des situations qui concernent les filles et les garçons, SEESR fait ressortir l'impact des différences de genre, notamment dans les formes de victimisation ou d'agression, et leur ampleur. Les stéréotypes quant aux rôles des hommes et des femmes, et les liens entre stéréotypes et les violences y sont également problématisés.

Dans le cadre de notre pratique professionnelle au Râteau, il ressort que l'un des principaux sujets de discussion dans notre public cible (jeunes filles et garçons entre 12 et 18 ans) a pour thème les relations amoureuses. Cette observation se retrouve également dans les Focus Groups mis en place pour la création du classeur SEESR (Du Puy, Monnier & Hamby, 2009). Le fait que ce sujet puisse être abordé par le biais d'un renforcement des compétences plutôt que par une approche moralisatrice ou alarmiste semble être également apprécié autant par les jeunes que par les professionnels.

SEESR permet de rester au plus près de la réalité des jeunes. Ainsi, les problématiques de la violence dans les fréquentations amoureuses des jeunes seront présentes sous différentes formes et dans divers cadres d'intervention. En effet, les violences constatées chez les jeunes ont très souvent comme point commun des stéréotypes sur les rôles des hommes et des femmes. Agressions dans des fréquentations amoureuses, mobbing et vexation sont parfois dirigés envers des individus qui s'écartent de la norme : Ex. Garçons pas assez masculins, filles pas assez féminines. Si les jeunes hommes comme les jeunes filles peuvent être aussi bien auteur(e)s que victimes de violences, les circonstances, manifestations et conséquences tendent à être différentes en fonction du genre.

**Caractéristiques du programme SEESR**

Le programme est constitué en plusieurs étapes et il est conçu pour encourager progressivement le jeune à modifier ses perceptions, attitudes et comportements face à la violence en l'incitant à adopter des compétences positives. Il s'appuie sur des exemples concrets (scénarios, jeux de rôles, supports interactifs) pour proposer aux jeunes des outils concrets pour éviter ou stopper les comportements abusifs et pour permettre de mieux aider leurs pairs à le faire.

Le programme se pratique en général avec des petits groupes de 6 à 12 personnes. Il nous paraît important d'être attentif à garder une mixité concernant le genre mais aussi, si possible, l'origine culturelle. Le programme a été conçu en premier lieu pour les jeunes de 13 à 15 ans. Toutefois, il nous paraît tout à fait possible de l'appliquer à une tranche d'âge plus large (12-18 ans, pour reprendre les limites d'âges « d'autorisation » à fréquenter le Râteau) du moment que l'on maintient une certaine proximité dans l'âge des participants (par exemple créer un groupe 12-14 ans et un groupe 15-18 ans).

Le programme se déroule en 9 séance d'environ 60 minutes à 90 minutes (l'expérience a montré qu'après cette durée, les jeunes sont moins disponibles psychiquement pour intégrer des nouvelles informations).
Chaque séance a un thème principal et des objectifs clairement définis. Voici en résumé le contenu des 9 séances qui se déroulent selon une logique progressive par rapport au contenu :

**Séance 1 :** La 1ère séance adopte une perspective positive. Il s'agit d'aider le jeune à préciser ses aspirations, identifier les différents types de relations et de quoi est fait une relation harmonieuse. La notion de choix est aussi abordée.
**Séance 2 et 3 :** Ces deux séances permettent de préciser la notion de limites et de respect dans une relation. Elles permettent aussi de donner des outils pour repérer quand un comportement devient abusif.
**Séance 4 et 5 :** Ces séances proposent de donner des pistes pour trouver auprès de quelqu'un ou donner du soutien à un ami en difficulté. Des éléments sont aussi donnés sur comment oser demander ou proposer de l'aide et repérer quand une aide professionnelle est nécessaire.
**Séance 6 :** Cette séance aborde la problématique des représentations de soi et des autres. Elle a aussi pour but de mettre en évidence les stéréotypes liés au genre et favoriser les attitudes non sexistes.
**Séance 7 :** Elle aborde la question des agressions sexuelles notamment par le respect et l'identification de ses limites personnelles et celle d'autrui en matière de sexualité.
**Séance 8 et 9 :** Ces séances donnent des éléments pour partager le pouvoir dans une relation. Elle propose aussi des éléments pour savoir repérer et gérer ses émotions/sentiments et ses réactions (notamment la colère) afin de pouvoir mieux communiquer.

En fonction de la dynamique de groupe, une 10ème séance peut être organisée afin de ritualiser un terme au groupe SEESR en organisant par exemple un petit goûter/souper.

**Bilan de la première volée de SEESR**
SEESR a permis de faire émerger les préoccupations des adolescents et de s'appuyer sur des exemples de la vie actuelle du Râteau. Dans l'ensemble, lorsque la discussion nécessitait de parler de leur vie quotidienne, les jeunes ont été très participatifs et motivés. Le retour en début de séance de ce qui avait été abordé les séances précédentes montre que la plupart des adolescents a bien retenu ce qui avait été abordé.

Une observation a retenu particulièrement notre attention : Les adolescents qui ont participés au programme gardent une image et des préoccupations très romantiques des relations amoureuses et amicales ; souvent très loin de ce que l'on pourrait craindre lorsqu'on les voit interagir entre eux dans le cadre du Râteau. Dans le livre « Les nouveaux ados, comment vivre avec ? » (2006), Marcel Rufo partage le même constat : « Dans toutes mes rencontres avec les adolescents, j'ai l'impression qu'ils sont les mêmes, et que paradoxalement, dans notre société de l'information et de la médiatisation, ils montrent un extraordinaire classicisme dans leur sexualité et la rencontre avec l'autre. La préoccupation majeure de l'adolescent reste la suivante : « Est-ce que je vais rencontrer quelqu'un qui m'aime et que je serai capable d'aimer ? » Non, je ne retrouve pas beaucoup de différence entre aujourd'hui et hier ; […] L'unique changement touche l'expression de cette sexualité, peut-être plus extravertie, d'avantage mise sur la scène publique ou familiale qu'avant. En revanche les

craintes, l'inquiétude, la peur de la rencontre, de ses propres capacité, existent toujours. » (p.14).

SEESR étant encore en phase de test au Râteau, il nous paraît important de soulever les limites que nous avons rencontrées dans l'application d'un tel programme. Le Râteau étant un lieu d'accueil libre, il a été difficile de constituer un groupe homogène du début à la fin du programme. En effet, bien que certains jeunes se sont investit dès le début et ont participé à SEESR avec régularité, la participation d'une autre partie du groupe a été plus fluctuante. La participation a varié de quatre à onze jeunes par séances (donc assez proche du groupe idéal situé entre 6 et 12 jeunes).

L'équipe qui a animé ce programme a donc dû faire preuve de souplesse par rapport au cadre tel qu'il a été définit initialement. Ainsi plutôt que de fermer le groupe aux nouveaux intéressés dès la 4ème séance comme cela était prévu au départ, nous avons plutôt préféré faire des rappels réguliers des séances antérieures afin de permettre à tous ceux qui le souhaitaient de participer à la séance du jour.

Comme nous l'avions prévu, l'attention des adolescents a baissé régulièrement après une heure si bien qu'il a fallu adapter le contenu (ex. enlever un jeu de rôle ou un bout de théorie peu explicite) à une séance de 60 minutes maximum.

Pour terminer, il nous paraît important de préciser que l'apprentissage du respect de soi et d'autrui se fait avant tout à travers l'expérience et la répétition dans la vie quotidienne. Au Râteau, la notion de respect est donc une valeur que les professionnels tentent de transmettre dans toutes interactions, SEESR est un outil supplémentaire pour le faire de manière ludique et non moralisatrice.

**Atelier de photo-valorisation**

Les questions liées à la sexualité, au rapport à la séduction, aux diverses attentes relationnelles, aux limites, à l'image de soi, à l'identification aux modèles et « canons de beauté » sont très convoitées par les jeunes et requièrent toute notre attention.

C'est dans le cadre de son mandat de prévention et de promotion de la santé que l'équipe du Râteau a décidé de répondre à ces différentes questions qui sont étroitement liées à la construction identitaire et à l'estime de soi.

Partant du principe que cette dernière résulte principalement d'une auto-évaluation, qu'elle se manifeste par le contentement que nous avons à être ce que l'on est, il nous importe d'approfondir cette thématique à travers des activités décontractées, des ateliers et des échanges.

L'application de la photo-valorisation nous semble être un excellent outil pour aborder cette question.

En effet, dans notre société l'apparence revêt une grande importance et une image de soi, plus ou moins valorisée, dépend essentiellement de l'estime que l'on a de soi.

Les adolescent(e)s dans leur construction identitaire ont souvent une image d'eux assez négative. La transformation du corps est souvent mal vécue, elle est « le reflet des transformations psychiques de l'adolescence […] le révélateur de changement concernant notamment la sexualité, qu'il n'est plus possible de nier. […] Si l'adolescent peut se croire maître de ses pensées et de ses idéologies, il subit son corps.» (Jeammet, 2005)

Influencés par leurs idoles, par la publicité, les clips vidéos, elles et ils se comparent souvent à des images où la " tricherie " permet une approche de la perfection ! En effet les retouches informatiques, notamment par le biais de photoshop, permettent de modifier les particularités et de donner à un visage ou à un corps l'apparence que l'on désire.

Il convient ainsi de créer un atelier spécifique animé, dans un premier temps, par une professionnelle en la matière. Un atelier visant à modifier la perception de sa propre image, l'amélioration de auto-valorisation ainsi que de l'estime de soi.

## Conclusion

Comme nous l'avons vu ci-dessus, Le Râteau propose des activités diversifiées et adaptées aux besoins des jeunes. Plus que de proposer des activités, l'équipe du Râteau est attentive à créer un climat, une ambiance générale visant à favoriser l'échange, l'écoute et la bienveillance. Comme le dit Philippe Jeammet « la meilleure prévention c'est l'éducation » (2009), c'est en ce sens que nous envisageons notre travail au Râteau. C'est à travers le lien qui se tisse avec les jeunes que nous pouvons créer une relation de confiance, qui peut permettre, petit-à-petit de repérer et mettre à jour des situations difficiles. Plus le jeune est vulnérable, moins il peut s'ouvrir. En ce sens, aller mal devient une demande. Le Râteau est ouvert à tous les jeunes de 12 à 18 ans, quelque soit le stade de leur trajectoire. Un jeune qui va mal et qui vient au Râteau sera reçu dans cette atmosphère sécurisante. Les adultes attentifs, pourront alors lui proposer une écoute, du soutien et/ou une orientation.

## Bibliographie :


- Bergeret, J. (1988). *Psychologie Pathologique : Théorique et clinique*. Paris. Masson
- De Puy, J., Monnier, S., & Hamby, S. L. (2009). *Sortir ensemble et se respecter*. Genève: IES Editions.
- Foshee, V. A., & Langwick, S. (1994). *Safe Dates: an adolescent dating abuse prevention curriculum*. Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina at Chapel Hill.
- Jeammet, P. (2005). *L'adolescence*. Paris : J'ai lu. Flammarion
- Michaud, P. A., Alvin, P., Deschamps, J. P., Frappier. J. Y.. Marcelli, D., & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents : Approches, soins, prévention*. Lausanne, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal. Éditions Payot Lausanne.
- Richard, D., Senon, J.-L., & Valleur, M. (2004). Le dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris: Larousse.
- Rufo, M. (2006). La sexualité : Les ados croient toujours au grand amour. Dans Rufo, M., Hefez, S., Jeammet, P., Marcelli, D., Valleur, M., & Huerre, P. (Eds.), *Les nouveaux ados : Comment vivre avec ?* (pp. 13-30). Paris : Bayard

# Conclusion

M. Pierre-Alain Porchet, médecin-directeur du Drop-in

## En guise de conclusion

***"La prise en charge d'un problème d'addiction se fait dans le cadre d'une "chaine thérapeutique" adaptée aux besoins de la personne présentant une dépendance pathologique, quel que soit le moment de son parcours (le stade de sa « trajectoire"). Cette "chaine thérapeutique" doit être centrée sur la personne, elle est caractérisée par la notion de "continuité des soins" et le respect des Droits Humains."***

Cette citation, tirée de la ***charte de collaboration des institutions spécialisées dans le traitement des addictions du canton de Neuchâtel***, qui a été mise au point dans le cadre des réflexions liées à la démarche « RENARD » puis à celles liée à la tentative de création du DNA (Dispositif Neuchâtelois en matière d'Addictions), est en très bonne adéquation avec la nouvelle Constitution Neuchâteloise (p.ex. l'art 1.1, art 13, art 34.d etc. …).

Si la qualité d'une société se définit, entre autre, par la manière dont elle s'occupe de ses membres les plus vulnérables, le canton de Neuchâtel a mené jusqu'à ce jour une politique exemplaire en matière d'addiction.

Dans notre canton, toute personne menacée ou victime de conduites addictives peut bénéficier de programmes de prévention primaire et secondaire (générale et indiquée selon l'Institute of Medicine (IOM) américain) avant l'émergence des dépendances pathologiques qu'on peut ainsi souvent éviter.

Dans notre canton, toute personne peut bénéficier de soins, quel que soit le stade de son addiction :

- Pendant la période active de consommation, lorsqu'il n'y a pas (encore) d'alternative, elle peut bénéficier des dispositifs d' « aide à la survie », de ce qui a été mis au point par la Fondation Neuchâtel Addiction (FNA) pour limiter les dommages et réduire les risques.
- Diverses approches lui permettent aussi de gérer sa consommation avant de pouvoir accepter un traitement visant à lui permettre de vivre sans cette "automédication" que signifient souvent les conduites addictives.

Cette excellente couverture des soins qui caractérise le canton de Neuchâtel a été mise en évidence, pour les patients héroïnomanes, par la Swiss Optimum Substitution (SOPS de l'OFSP): en 2005 le canton de Neuchâtel se situe en Suisse à la deuxième position derrière Bâle, et ceci avec un coût sans commune mesure avec celui dépensé par les autres cantons qui occupent le peloton de tête.

Dans la situation financière difficile qui caractérise les temps actuels, le canton doit impérativement « revisiter » ses financements et envisager une réforme structurelle de ses institutions.

Le domaine de l'addictologie est bien sûr, lui aussi, concerné.

Les réflexions qui ont accompagnées le processus RENARD puis celui du "DNA" (Dispositif Neuchâtelois de l'Addiction) ont déjà permis d'avancer et de créer une culture de réflexion commune, de collaboration et de mise en réseau.

Comme dans ce contexte il est bien sûr incontournable de parler coût, il est nécessaire de rappeler le travail effectué en 2005, à la demande de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par le Professeur Jeanrenaud, « Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse »[1] :

**- Coûts directs : 1,4 milliards** (10% pour les traitements hospitaliers, 3% pour le VIH, 4% pour la prévention et la recherche, 22% pour la thérapie, 4% pour la réduction des risques, 57% pour la répression).
**- Coûts indirects** (perte de productivité, décès prématuré, invalidité, chômage, etc.…) : 2,3 milliards.
**- Coûts humains** (souffrance de la personne concernée, des familles, de l'entourage, troubles émotionnels, etc.) : 390 millions, seulement pour les consommateurs d'héroïne.

Le tout nous mène à 4,1 milliard de coût social, c'est à dire 1 % du produit national brut (PNB) en 2005.

Dans le cadre de ce rapport, le Professeur Jeanrenaud précise :
"*Si l'on rapporte le coût social aux individus concernés, il apparaît que le coût par cas est beaucoup plus élevé pour les drogues illicites que pour l'alcool et le tabac.*
*Ainsi, réduire d'une unité le nombre d'usagers rapporte à la société 103'400 pour la dépendance à l'héroïne et/ou à la cocaïne contre Frs 14'700.- pour l'alcool et Frs 5'500.- pour le tabac (valeurs 2000)*".

**Cela signifie donc qu'un usager d'héroïne ou de cocaïne coute chaque année à la société Frs. 103'400.-.**
**Dans le cadre de la FNA, en 2009, le Drop-In, le CPTT et le CAPTT ont traité 591 personnes et pour l'alcool, le CENEA a traité 549 personnes.**

Ces chiffres sont pour le moins parlant et montrent bien à quel point une organisation cohérente de la prise en charge des problèmes d'addiction permet des économies considérables, sans commune mesure avec les investissements consentis.

C'est d'autant plus vrai qu'il faut encore ajouter les économies que génèrent le traitement des patients consommateurs d'autres produits, les addictions évitées par la prévention, les pathologies évitées par la prévention du Sida et des hépatites C (80 % des injecteurs ont une hépatite C, 80 % d'entre eux devront être traités : une cure d'interféron coûte environ Frs. 30'000.-, une greffe hépatique environ Frs. 300'000.-).

Il nous faut donc continuer les démarches pour rationnaliser au mieux le domaine des addictions en évitant un rationnement qui ne pourrait qu'augmenter drastiquement les coûts globaux par l'abandon inévitable de prestations que nous venons de voir très "rentables".

L'addiction est le domaine de la complexité. Pour être adéquate et adaptée à des connaissances en pleine évolution, les réponses à donner sont aussi caractérisées par la complexité.
Les doctrines se modifient au gré des nouvelles connaissances, elles partent le plus souvent du terrain, ce qui nécessite que les structures qui s'occupent de ces pathologies aient la "légèreté" suffisante pour préserver un maximum de réactivité et de créativité.

L'addictologie est aussi un domaine à part : c'est le domaine, par essence, du bio-psycho-social.
L'inscrire dans un cadre médical ou psycho-social exclusivement ne peut être que réducteur.
Dans nul autre domaine "le social" est autant médicalisé et dans nul autre domaine le "médical" tient autant compte du psycho-social.

---

[1] Jeanrenaud, Claude et al. (2005) "le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse"

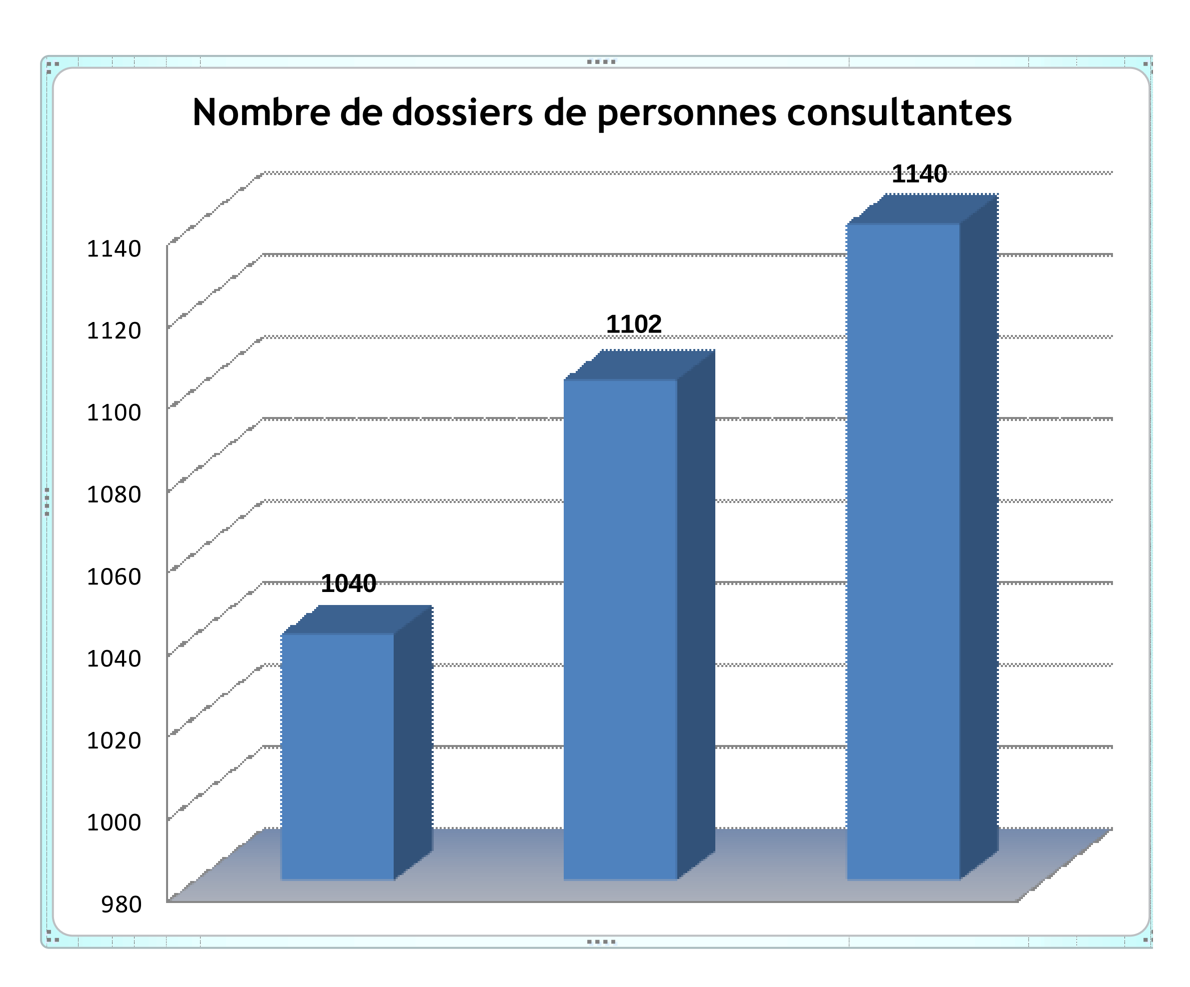
**L'addictologie doit avoir une place à part, spécifique, dans l'organisation cantonale.**

La Fondation Neuchâtel Addiction (FNA), elle l'a prouvé, est une structure particulièrement adéquate pour faire face à tous les défis générés par les dépendances pathologiques.
Sa structure lui permet, si nécessaire, d'accueillir facilement d'autres institutions de l'addictologie neuchâteloise.

Elle est aujourd'hui prête à fonctionner comme partenaire et sur mandat de l'Etat pour continuer à prendre en charge dans le canton les problèmes liés aux dépendances pathologiques.

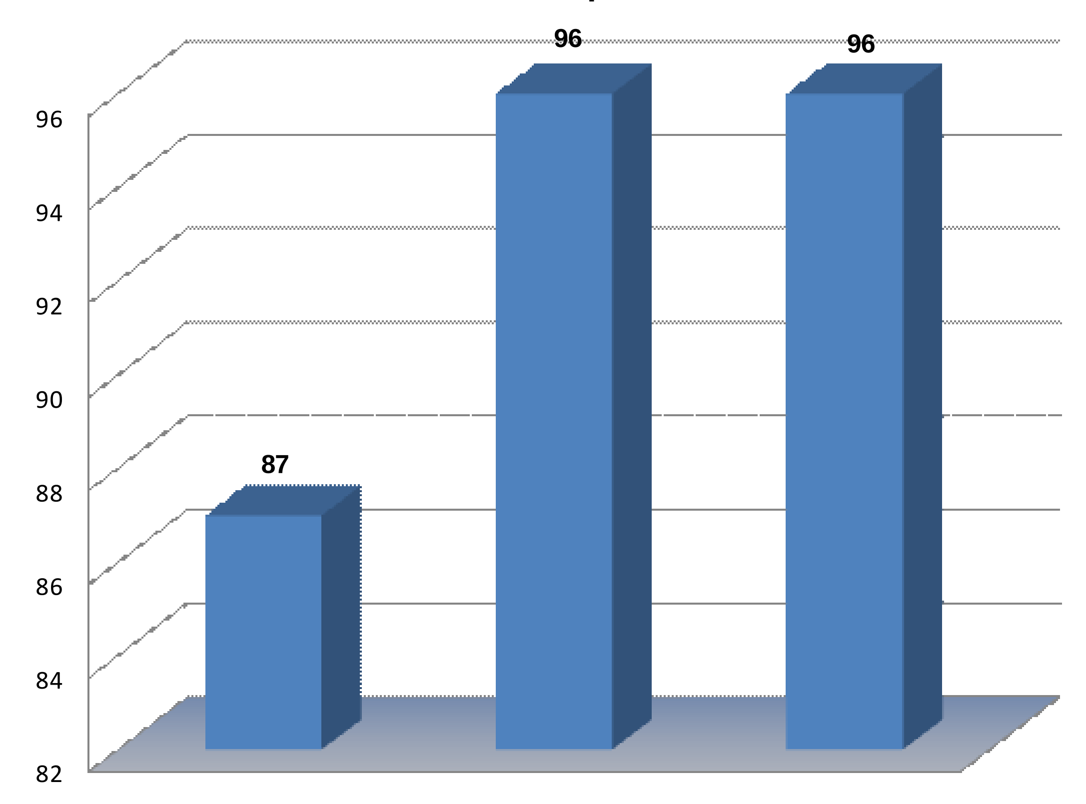
# Annexes I:

les statistiques 2009, les équipes et les remerciements




| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|
| DROP-IN | 224 | 248 | 243 |
| CAPTT | 76 | 74 | 73 |
| CPTT | 265 | 273 | 275 |
| CENEA | 475 | 507 | 549 |
| TOTAL | 1040 | 1102 | 1140 |

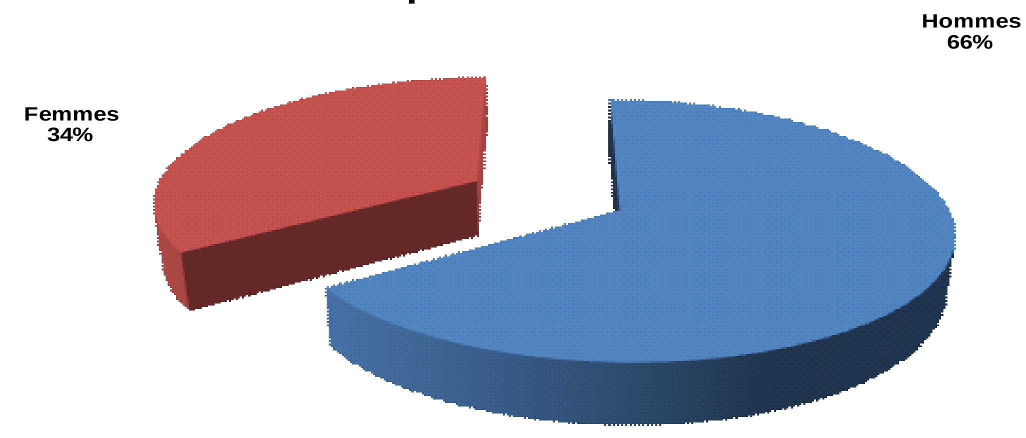
Le nombre de personnes ayant consulté les centres de traitement de la FNA en 2009 s'est élevé à 1140. Ce nombre, qui est en progression de 38 unités par rapport à l'année précédente, tient compte des 15 personnes prise en charge dans le cadre du programme romand de prévention et de traitement du jeu pathologique dont la FNA a reçu le mandat pour le canton de Neuchâtel.




| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|
| **DROP-IN** | 48 | 59 | 55 |
| **CAPTT** | 11 | 11 | 6 |
| **CPTT** | 28 | 26 | 35 |
| **TOTAL** | 87 | 96 | 96 |

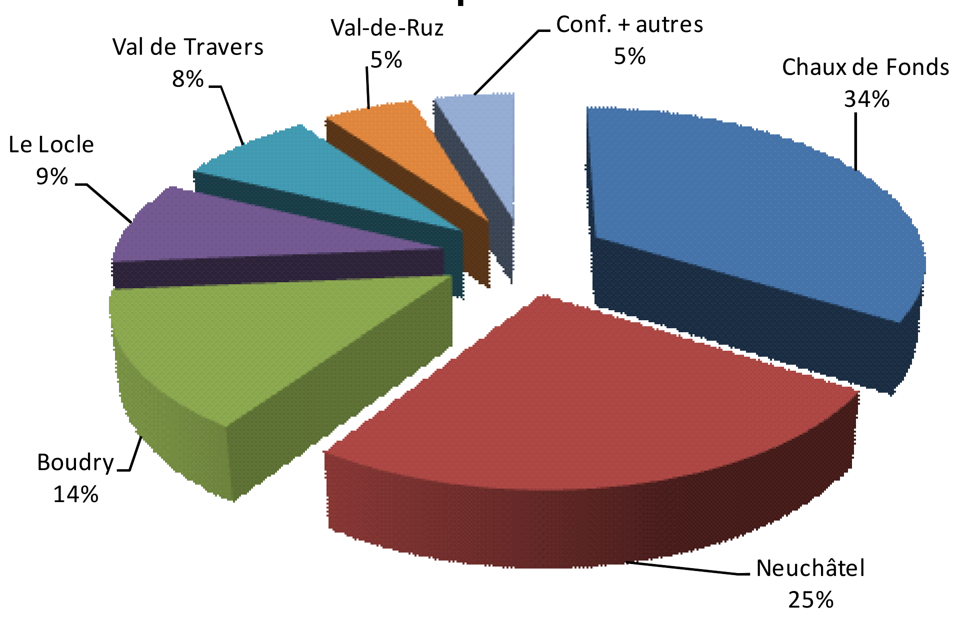
Le nombre de personnes « autres » ayant consulté les centres de traitement de la FNA en 2009 s'est élevé à 96. Ce chiffre est identique à celui de 2008. Il s'agit principalement pour cette rubrique des dossiers des jeunes personnes suivies à la balise, des cas de suivis intensifs en prévention secondaire au CAPTT et des cas de prise en charge dans le cadre du programme Cannado.

## Sexe des personnes consultantes

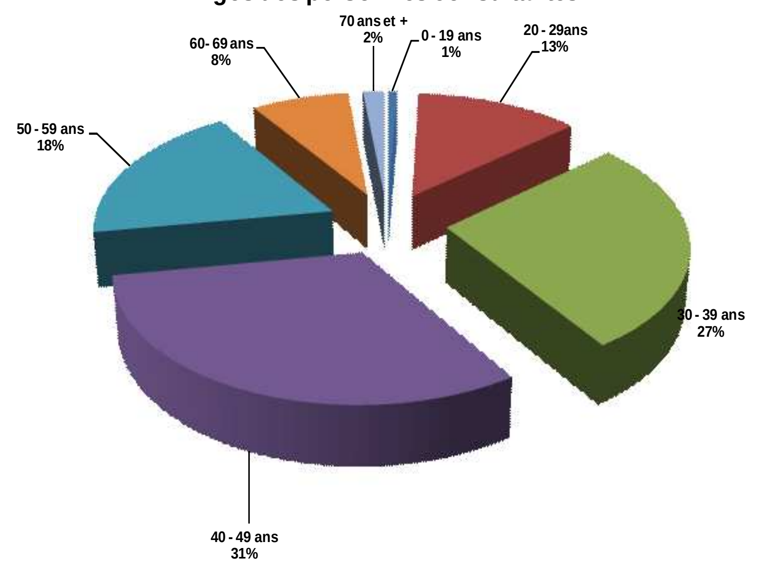



| | |
|---|---|
| Hommes | 812 |
| Femmes | 424 |

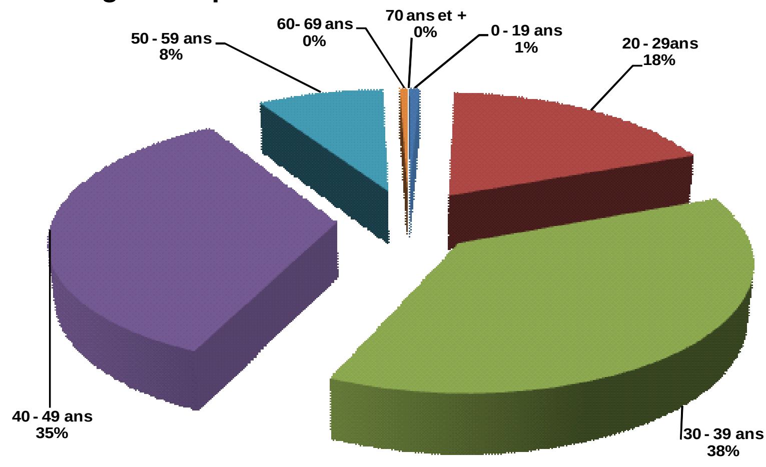
## Provenance des personnes consultantes



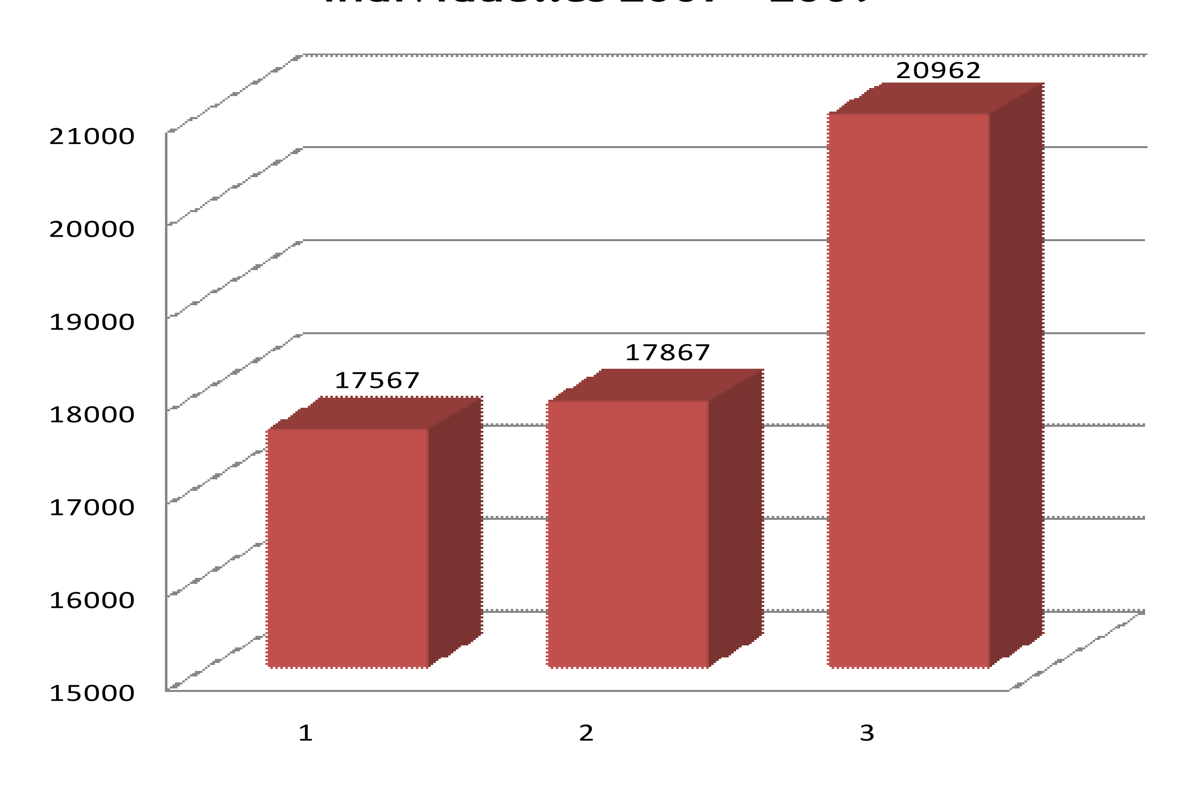

| | |
|---|---|
| Chaux de Fonds | 387 |
| Neuchâtel | 291 |
| Boudry | 161 |
| Le Locle | 98 |
| Val de Travers | 90 |
| Val-de-Ruz | 60 |
| Conf. + autres | 53 |
| Total | 1140 |



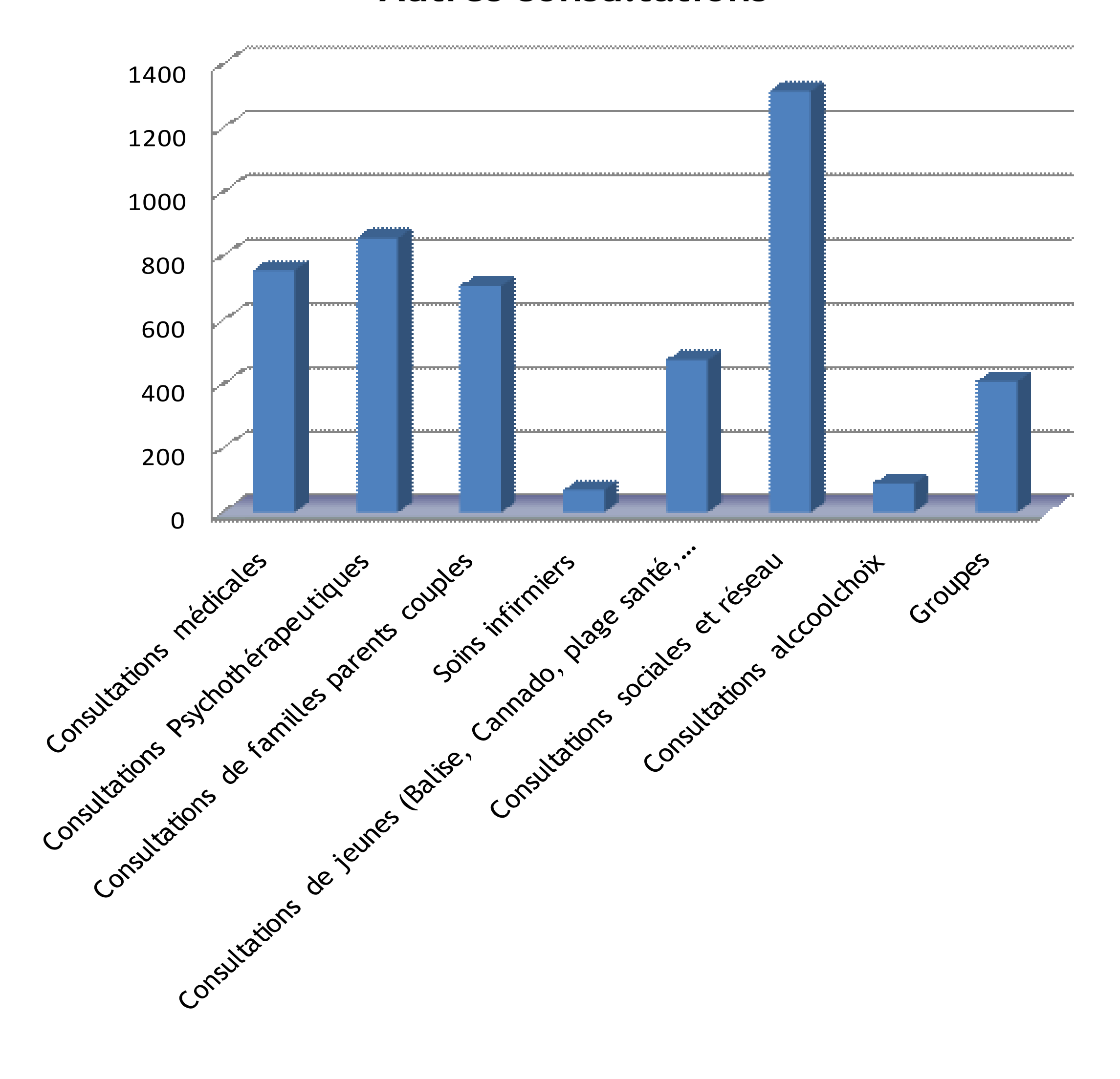

| | |
|---|---|
| 0 - 19 ans | 8 |
| 20 - 29ans | 147 |
| 30 - 39 ans | 310 |
| 40 - 49 ans | 359 |
| 50 - 59 ans | 210 |
| 60- 69 ans | 87 |
| 70 ans et + | 19 |
| Total | 1140 |




| | |
|---|---|
| 0 - 19 ans | 4 |
| 20 - 29ans | 109 |
| 30 - 39 ans | 222 |
| 40 - 49 ans | 204 |
| 50 - 59 ans | 49 |
| 60- 69 ans | 3 |
| 70 ans et + | 0 |
| Total | 591 |




| 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|
| 17567 | 17867 | 20962 |




| | |
|---|---|
| Consultations médicales | 755 |
| Consultations Psychothérapeutiques | 856 |
| Consultations de familles parents couples | 707 |
| Soins infirmiers | 70 |
| Consultations de jeunes (Balise, Cannado, plage santé, etc) | 476 |
| Consultations sociales et réseau | 1316 |
| Consultations alccoolchoix | 90 |
| Groupes | 409 |

## CAPTT

| | | |
|---|---|---|
| **Marie-Claude BLASER** | médecin | 50% |
| **Patrick CHARPILLOZ** | directeur/Référent ps | 100% |
| **Patrizia CULTRERA** | psychologue - psychothérapeute FSP | 50% |
| **Georges DUSONG** | psychologue - psychothérapeute FSP | 10% |
| **Mauricette GUENOT ZELLER** | référente psycho-sociale, resp. tertiaire | 100% |
| **Catherine HUBER-BLAGOV** | réf. Psycho-sociale, resp. pharmacie | 95% |
| **Thierry HUMAIR** | réf. psycho-social, resp. Prévention | 100% |
| **Philippe IOSET** | maître d'atelier | 50% |
| **Nadja JEANMONOD** * | référente psycho-sociale en formation (en cours d'emploi depuis septembre 2009) | 100% |
| **Patrick MOSER** | référent psycho-social, resp. Atelier Ombr@zur | 100% |
| **Lilia PELLET** | secrétaire sociale | 97.5% |

**Total 8.52 EPT**

* dont 40% formation

## CENEA

| | | |
|---|---|---|
| **Dominique CONANT** | directeur | 100% |
| **Gabriel GABRIELLI** | médecin, responsable médical | 100% |
| **Jacques CHALLANDES** | éducateur spécialisé, référent psychosocial, La Chaux-de-Fonds | 100% |
| **Yveline HONEGGER** | infirmière en soins psychiatriques, référente psychosociale, Neuchâtel | 100% |

| | | |
|---|---|---|
| **Patrick GONTHIER** | infirmier en soins psychiatriques,<br>référent psychosocial, Le Locle | 100% |
| **Dominique LEPIN** | infirmière en soins généraux,<br>référente psychosociale, La Chaux-de-Fonds | 100% |
| **Olivier MAURIS** | infirmier en soins psychiatriques,<br>référent psychosocial à plein temps, Neuchâtel | 100% |
| **Manon MENDEZ** | infirmier en soins psychiatriques,<br>référent psychosocial, Neuchâtel | 50%<br>50% |
| **Célia WALTHER** | assistante sociale,<br>chargée de prévention,<br>référente psychosociale, La Chaux-de-Fonds | <br>50%<br>50% |
| **Dr Alain COSENDAI** | médecin interniste,<br>consultant à temps partiel,<br>La Chaux-de-Fonds et Le Locle | |
| **Dr Marc PAZELLER** | médecin généraliste,<br>Consultant à temps partiel, Neuchâtel | |
| **Francine ETIENNE** | secrétaire sociale, La Chaux-de-Fonds | 100% |
| **Hélène MOSER** | secrétaire sociale, Neuchâtel | 100% |

**Total 11 EPT**

## CPTT

| | | |
|---|---|---|
| **Marcel COTTING** | directeur | 45% |
| **Jeorge RIESEN** | médecin responsable<br>(dès le 1.4) | 80% |
| **José DELAMADELEINE** | psychologue-psychothérapeute<br>responsable du secteur administratif et des stages | 50% |
| **Eric LAESSER** | responsable du secteur aide à la survie<br>sociothérapeute | 60% |
| **Patrick KOCHER** | responsable du secteur prévention<br>référent psychosocial | 67.5% |
| **Alex PRADA** | responsable du secteur psychosocial<br>référent psychosocial<br>(jusqu'au 31.12) | 90% |

| | | |
|---|---|---|
| **Eléonore BAERTSCHI DEVAUX** | psychologue, sociothérapeute (jusqu'au 30.11) | 60% |
| **Josiane BEURET** | aide-médicale | 40% |
| **Claudine COLLAUD** | éducatrice, référente psychosociale | 70% |
| **Patrizia CULTRERA** | psychologue, chargée de mission | 10% |
| **Marie-Laurence FAVRE** | infirmière, sociothérapeute | 50% |
| **Flavia GAGGETTA** | psychologue, référente psychosociale | 80% |
| **Ana GAGLIARDI** | psychologue, référente psychosociale | 55% |
| **Ariane GRESSOT** | secrétaire sociale | 60% |
| **Pierre-André GRIMM** | cuisinier | 50% |
| **Catherine KASPI** | éducatrice, référente psychosociale | 85% |
| **Pierre LEUBA** | sociothérapeute | 50% |
| **Xavier LLERA** | assistant social, référent psychosocial | 100% |
| **Lydie MBOUSSI** | secrétaire sociale | 50% |
| **Florence METRAILLER** | psychologue, référente psychosociale | 40% |
| **Adriana OLAVIDE** | éducatrice, sociothérapeute | 60% |
| **Sophie PAGE CARRIL** | psychologue-psychothérapeute référente psychosociale | 40% |
| **Sarah ROBERT** | assistante médicale | 50% |
| **Corinne RUEGGER** | assistante médicale | 20% |
| **Anne-Catherine THIEBAUD** | enseignante, référente-psychosociale | 100% |
| **Nathalie ZANON** | assistante en pharmacie | 50% |
| | **Total** | **15.125 EPT** |

**Stagiaires**

| | |
|---|---|
| **Mariella DE SANTO** | stagiaire HES éducatrice |
| **Anaïs CONRATH** | stagiaire maturité commerciale |
| **Marielle MARTHALER** | stagiaire maturité commerciale |

## DROP-IN

| | | |
|---|---|---|
| **Pierre-Alain PORCHET** | médecin directeur | 60% |
| **Daniel BUGNON** | sous-directeur<br>responsable du secteur administratif | 100% |
| **Valérie WENGER PHEULPIN** | responsable du secteur de<br>la prévention primaire et secondaire<br>éducatrice spécialisée<br>référente psychocosiale | 30% |
| **Michel CATTIN** | co-responsable du secteur thérapeutique<br>thérapeute de famille<br>référent psychosocial | 80% |
| **Jean-Marie COSTE** | co-responsable du secteur thérapeutique<br>infirmier en psychiatrie<br>référent psychosocial | 50% |
| **Philippe BERSET** | responsable du secteur aide à la survie<br>psychologue – infirmier en psychiatrie<br>référent psychosocial | 80% |
| **Irène MARGUERAT-PORCHET**<br>Jusqu'au 30 septembre | psychologue - psychothérapeute FSP | 25% |
| **Astrid REICHENBACH** | psychologue - psychothérapeute FSP | 50% |
| **Clément DESCOEUDRES** | licencié en sciences sociales<br>référent psychosocial | 100% |
| **Jacques-André KUMMER** | psychologue  intervenant en addictions<br>référent psychosocial | 80% |
| **Christophe JAGGI** | Intervenant en addictions<br>référent psychosocial | 90% |
| **Paul André CACHELIN** | éducateur spécialisé<br>référent psychosocial | 100% |
| **Magali KRAEMER**<br>Jusqu'au 30 septembre | psychologue<br>référente psychosociale | 100% |
| **Yvan GRECUCCIO** | psychologue<br>référent psychosocial | 90% |
| **Dora BOVET**<br>Jusqu'au 30 juillet | infirmière en psychiatrie<br>référente psychosociale | 80% |
| **Daniel SCHURCH** | maître socio-professionnel<br>référent psychosocial | 80% |
| **Sidonie THULER** | référente psychocosiale | 70% |

| | | |
|---|---|---|
| **Isabelle GUEISSAZ** | éducatrice sociale<br>référente psychocosiale | 80% |
| **Rachel LUCAS**<br>Dès le 1er janvier | animatrice socio culturelle HES<br>référente psychocosiale | 80% |
| **Marlyse GEHRET HONNEGER**<br>Dès le 1er septembre | infirmière<br>référente psychocosiale | 90% |
| **Romain BEGUELIN**<br>Dès le 15 septembre | éducateur social<br>référent psychosocial | 80% |
| **Yasmine COLLAUD BOILLAT**<br>Dès le 1er octobre | infirmière en psychiatrie<br>référente psychocosiale | 50% |
| **Magali VERNIER** | assistante en pharmacie | 40% |
| **Nicoletta ERARD** | secrétaire sociale | 100% |
| **Sylvie KURZ** | secrétaire sociale | 70% |
| **Fernanda Mendez Almeida** | employée de maison | 26% |

**Total 17.26 EPT**

## FNA

| | | |
|---|---|---|
| **Valérie WENGER PHEULPIN** | coordinatrice de la prévention<br>et du mandat pour le jeu excessif | 50%<br>10% |
| **Jean-Marie COSTE** | coordinateur traitement et consultation<br>pour le jeu excessif | 50% |
| **Patricia CULTRERA** | consultation pour le jeu excessif | 20% |
| **Thierry HUMAIR** | chargé de prévention | 25% |
| **Patrick KOCHER** | chargé de prévention<br>et consultation pour le jeu excessif | 12.5%<br>20% |
| **Sidonie THULER** | chargé de prévention | 12.5% |
| **Paola CARNEVALE** | secrétaire | 50% |

**Total 2.50 EPT**

## Liste des membres du Conseil de Fondation

**Délégués de l'Etat**

| | |
|---|---|
| Jacques Laurent | Chef du Service des Etablissements Spécialisés |
| Daniel Schouwey | Chef du Service de l'action sociale |

**Délégués des communes**

| | |
|---|---|
| Daniel Perdrizat | Conseiller communal, Neuchâtel |
| Yves Scheurer | Chef des Services sociaux, La Chaux-de Fonds |

**Délégué-e-s de l'Eglise Catholique Romaine**

| | |
|---|---|
| Anne Pessina | Médecin, Bôle |
| Antoine Wildhaber | Pharmacien, Neuchâtel, Président de la Fondation |

**Délégués de l'Eglise Réformée Evangélique Neuchâteloise**

| | |
|---|---|
| Pierre Borer | Directeur CSP, Neuchâtel |

**Membres cooptés**

| | |
|---|---|
| Lucien Erard | Président de Addiction Info Suisse |
| Mary-Claude Faessler | Directrice-adjointe Lycée Denis-de-Rougement |
| Chantal Ferracani | Doyenne de l'Ecole d'Art CIFOM |
| Jean Gobeil | OCMT, Neuchâtel (jusqu'en août 2009) |

**Président-e-s des Comités de Gestion des centres**

| | |
|---|---|
| Jämes Daellenbach | Drop-In |
| Claude Laperrouza | CENEA |
| Marie-France Oberbeck | CAPTT |
| Michel Schaffter | CPTT, et vice-président de la Fondation |

**Directeurs des centres (avec voix consultative)**

| | |
|---|---|
| Patrick Charpilloz | Directeur du CAPTT, Fleurier |
| Dominique Conant | Directeur du CENEA, La Chaux-de-Fonds, Le Locle, Neuchâtel |
| Marcel Cotting | Directeur du CPTT, La Chaux-de-Fonds |
| Pierre-Alain Porchet | Directeur du Drop-In, Neuchâtel |

## Les remerciements

La Fondation Neuchâtel Addictions remercie vivement la Commission neuchâteloise de répartition du bénéfice de la **Loterie romande** et le groupe de travail de la répartition de la **Dîme sur l'alcool** pour leur soutien financier attribué aux différents projets menés par la FNA.

Nos remerciements vont également à tous les **donateurs** qui nous soutiennent régulièrement ou ponctuellement.

Ces dons sont un signe de solidarité et d'intérêt qui nous encourage à poursuivre et à améliorer sans cesse notre travail sur le terrain et dans l'élaboration de concepts pour pouvoir lutter contre les phénomènes liés aux addictions.

# Annexes II:

le rapport des vérificateurs de comptes




*MULLER ET CHRISTE SA*

**Associés :** *Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain*
Experts-comptables diplômés

# FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS

## NEUCHATEL

---

## RAPPORT

### SUR LA VERIFICATION DES COMPTES DE L'EXERCICE 2009

TVA No 246 674
Tél. ++ 41 (0)32 722 19 19
Fax ++ 41 (0)32 722 19 20

Temple-Neuf 4, 2001 Neuchâtel
*Internet : www.fidmc.ch*
*e-mail : info@fidmc.ch*

*An independent member firm of* MOORE STEPHENS INTERNATIONAL LIMITED
Membre de la CHAMBRE FIDUCIAIRE






MULLER ET CHRISTE SA

**Associés :** *Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain*
Experts-comptables diplômés

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

**Tables des matières**


| | | Pages |
|---|---|---|
| 1. | Mandat et exécution du mandat | 2 |
| 2. | Résultats des contrôles | 4 |
| 3. | Système de contrôle interne | 4 |
| 4. | Commentaires sur des éléments significatifs des comptes | 5 |
| 5. | Remarques finales | 12 |


**Annexes** :

I. Bilans aux 31 décembre 2009 et 2008

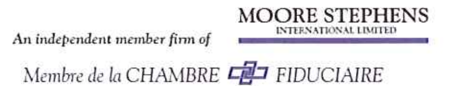
II. Comptes d'exploitation 2009 et 2008 :

- Drop'In, Neuchâtel
- CPTT, La Chaux-de-Fonds
- CAPTT, Val-de-Travers
- CENEA, Neuchâtel
- CP, Neuchâtel
- CAP, Neuchâtel
- Jeux Excessif, Neuchâtel

III. Résumé des vérifications effectuées par sondages

TVA No 246 674
Tél. ++ 41 (0)32 722 19 19
Fax ++ 41 (0)32 722 19 20

Temple-Neuf 4, 2001 Neuchâtel
*Internet: www.fidmc.ch*
*e-mail: info@fidmc.ch*



MULLER ET CHRISTE SA

**Associés :** *Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain*
Experts-comptables diplômés

**FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL**

## 1. MANDAT ET EXECUTION DU MANDAT

Conformément au mandat qui nous a été confié, nous avons procédé en date des 14 et 15 juin 2010 à la révision des comptes de l'exercice 2009 de :

- Drop'In, Neuchâtel
- CPTT, La Chaux-de-Fonds
- CAPTT, Val-de-Travers
- CENEA, Neuchâtel
- CP, Neuchâtel
- CAP, Neuchâtel
- Jeux Excessif, Neuchâtel

Nos vérifications ont également été effectuées dans le sens des articles 16 à 19 du Règlement d'exécution de la loi sur l'aide financière aux établissements spécialisés pour enfants et adolescents du canton et de la Directive aux organes de contrôle des établissements dépendant du Service des établissements spécialisés du 16 décembre 2008.

Nous avons, en outre, pris connaissance des rapports de révision suivants :

**Drop'In**

→ rapport du 1er avril 2010 du médecin cantonal relatif aux contributions 2009 des caisses maladies.

**CPTT**

→ rapport du 31 mars 2010 du médecin cantonal relatif aux contributions 2009 des caisses maladies.

**CAPTT**

→ rapport du 1er avril 2010 du médecin cantonal relatif aux contributions 2009 des caisses maladies.

Conformément aux instructions reçues, nous n'avons pas effectué de vérification des opérations faisant l'objet des rapports ci-dessus, ceci pour des raisons de secret médical.

MULLER ET CHRISTE SA

*Associés :* *Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain*
Experts-comptables diplômés

**FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL**

Par ailleurs, nous avons pris connaissance des documents suivants :

**Drop'In**

- décision de subvention du 24 novembre 2009 du Département des Finances et des Affaires sociales concernant l'exercice 2008.

**CPTT**

- décision de subvention du 24 novembre 2009 du Département des Finances et des Affaires sociales concernant l'exercice 2008.

**CAPTT**

- décision de subvention du 24 novembre 2009 du Département des Finances et des Affaires sociales concernant l'exercice 2008.

**CENEA**

- décision de subvention du 2 juillet 2009 pour l'exercice 2007 et du 24 novembre 2009 pour l'exercice 2008 du Département des Finances et des Affaires sociales.

**CP**

- décision de subvention du 24 novembre 2009 du Département des Finances et des Affaires sociales concernant l'exercice 2008.

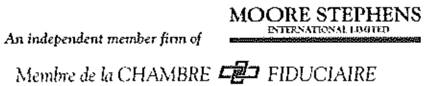
**CAP**

- décision de subvention du 24 novembre 2009 du Département des Finances et des Affaires sociales concernant l'exercice 2008.

Par le présent rapport, nous rendons compte des contrôles effectués et de leurs résultats.

TVA No 246 674
Tél. ++ 41 (0)32 722 19 19
Fax ++ 41 (0)32 722 19 20

Temple-Neuf 4, 2001 Neuchâtel
*Internet : www.fidmc.ch*
*e-mail : info@fidmc.ch*




Membre de la CHAMBRE FIDUCIAIRE

**FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL**

## 2. RESULTATS DES CONTROLES

Nous avons constaté :

→ que le bilan et les comptes d'exploitation concordent avec la comptabilité,

→ que les comptabilités sont tenues avec exactitude,

→ que les comptes donnent une image fidèle de la situation patrimoniale.

Les contrôles que nous avons effectués ne donnent pas lieu à d'autres constatations particulières.

Les remarques de détail sont relevées dans les chapitres ci-après et ont été discutées avec Madame S. Sanjuan.

## 3. SYSTEME DE CONTROLE INTERNE

Conformément aux directives aux organes de contrôle des établissements dépendant du Service des établissements spécialisés, à l'art. 728a al. 1 ch. 3 CO et à la Norme d'audit 890, nous avons constaté ce qui suit :

La direction et le Conseil de Fondation Neuchâtel Addictions (FNA) ont approuvé les principes du système de contrôle interne (SCI) le 3 décembre 2009 avec entrée en vigueur le 3 décembre 2009.

De son côté, la direction de la Fondation, en collaboration avec d'autres institutions regroupées sous l'ANMEA élabore un processus complet de SCI qui sera finalisé au cours de l'été 2010. Les principes d'exploitation du SCI seront ainsi définis et les procédures ainsi que les processus seront documentés. La traçabilité des contrôles effectués fera l'objet elle-même d'un contrôle à la fin de l'été 2010.

Par contrôle interne, on entend l'ensemble des méthodes et mesures d'organisation et de coordination ayant pour but de protéger le patrimoine et de garantir l'exactitude et la sûreté de la tenue de la comptabilité.

Ces mesures devraient avoir un effet préventif au contraire des contrôles traditionnels qui s'appliquent à des faits du passé.

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

## 4. COMMENTAIRES SUR DES ELEMENTS SIGNIFICATIFS DES COMPTES

### 4.1 Caisses

Encaisse auprès des centres de traitement.

Nous constatons que comme il en a été convenu lors d'une précédente révision, les centres contrôlent régulièrement l'encaisse et le transmettent au service comptable.

Les quittances d'achats (tickets de caisse Migros, Coop etc.) ne sont dans la plupart des cas pas visés par les responsables des caisses. Les procédures et contrôles mis en place au travers du SCI entré en vigueur le 3 décembre 2009 font clairement état de ce principe de contrôle et seront à respecter pour les années à venir.

### 4.2 Débiteurs

Les factures aux caisses maladie impayées en fin d'année ne sont pas comptabilisées dans les débiteurs mais uniquement comme recettes lors de leur paiement. En raison de l'important retard pris dans l'encaissement des montants dus par les caisses maladie, les divers centres ont enregistré sous « Actifs transitoires » une estimation des montants à recevoir. Ces estimations sont basées sur les montants facturés durant l'année selon les divers rapports du médecin cantonal.

### 4.3 Actifs transitoires

#### *4.3.1 Drop'In*

| | | |
|---|---|---|
| Allocations familiales à recevoir | CHF | 42'650.00 |
| Assurances payées d'avance | CHF | 5'935.05 |
| Abonnement payé d'avance | CHF | 299.00 |
| | CHF | 48'884.05 |

#### *4.3.2 CPTT*

| | | |
|---|---|---|
| Estimation remboursements caisses maladies | CHF | 150'000.00 |
| Allocations familiales à recevoir | CHF | 9'640.00 |
| Divers | CHF | 161.40 |
| | CHF | 159'801.40 |

### 4.3.3 CAPTT

| | | |
|---|---|---|
| Estimation remboursements caisses maladies | CHF | 25'000.00 |
| Divers | CHF | 1'179.40 |
| | CHF | 26'179.40 |

### 4.3.4 CENEA

| | | |
|---|---|---|
| Dîme sur l'alcool, estimation solde 2009 | CHF | 10'390.70 |
| Divers | CHF | 1'759.60 |
| | CHF | 12'150.30 |

### 4.3.5 CAP

| | | |
|---|---|---|
| Indemnités d'assurance PGM à recevoir | CHF | 7'755.70 |

Nous relevons les montants importants d'allocations familiales à recevoir pour un montant de CHF 52'290.00 auquel il faut ajouter CHF 69'440.00 (comptabilisé sous débiteurs dans CAPTT et CENEA), soit au total CHF 121'730.00. Ces montants ont pour origine le paiement aux employés d'allocations familiales non remboursées par la Caisse cantonale neuchâteloise de compensation en attente d'informations concernant la situation des enfants. Nous relevons que le retard pris n'a pas été corrigé durant l'exercice 2009.

## 4.4 Immobilisations

### 4.4.1 Drop'In

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 64'600.00 |
| Dépenses 2009 | CHF | 26'360.15 |
| | CHF | 90'960.15 |
| Amortissement de l'exercice | CHF | -18'260.15 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 72'700.00 |

L'investissement représente l'achat et la pose d'une nouvelle centrale téléphonique.

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

### 4.4.2 CPTT

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 69'883.75 |
| Dépenses 2009 | CHF | 54'683.65 |
| | CHF | 124'567.40 |
| Amortissements de l'exercice | CHF | -20'867.40 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 103'700.00 |

L'investissement représente l'achat de mobilier et d'appareils médicaux pour CHF 12'269.85 et de matériel informatique pour CHF 42'413.80.

### 4.4.3 CAPTT

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 402'800.00 |
| Dépenses 2009 | CHF | 0.00 |
| | CHF | 402'800.00 |
| Amortissements de l'exercice | CHF | -15'600.00 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 387'200.00 |

### 4.4.4 CENEA

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 2'200.00 |
| Dépenses 2009 | CHF | 129'137.40 |
| | CHF | 131'337.40 |
| Amortissements de l'exercice | CHF | -2'675.15 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 128'662.25 |

L'investissement représente l'achat de mobilier pour CHF 14'469.75, de matériel informatique pour CHF 29'575.15 et l'aménagement des locaux pour CHF 85'092.50.

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

### 4.5 Capital de fondation et réserves

#### *4.5.1 Drop'In*

| Soit, | | 31.12.2009 | | 31.12.2008 |
|---|---|---|---|---|
| Capital fondation | CHF | 64'513.80 | CHF | 64'513.80 |
| Compte commun | CHF | 3'166.20 | CHF | 7'516.05 |
| Fonds d'entraide | CHF | 88'105.31 | CHF | 93'780.51 |
| Déménagement et aménagement jardin potager | CHF | 181'483.50 | CHF | 0.00 |
| Réserves dons | CHF | 91'194.69 | CHF | 80'023.04 |
| Réserve Dîme sur l'alcool | CHF | 140'867.15 | CHF | 154'270.55 |
| | CHF | 569'330.65 | CHF | 400'103.95 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 400'103.95 |
| Intérêts et frais bancaires (BCN E 53815.11) | CHF | 1'540.55 |
| Don et soutien financier jardin potager | CHF | 205'000.00 |
| Don Fond. Hafen | CHF | 39'000.00 |
| Dons divers | CHF | 9'120.00 |
| Dépenses Réserve dons + prévention | CHF | -37'816.45 |
| Dépenses Fonds d'entraide | CHF | -6'347.65 |
| Dépenses Dîme sur l'alcool | CHF | -13'403.40 |
| Dépenses aménagement jardin potager | CHF | -23'516.50 |
| Achats divers et autres frais | CHF | -4'349.85 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 569'330.65 |

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

### 4.5.2 CPTT

| Soit, | 31.12.2009 | | 31.12.2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Fonds d'entraide | CHF | 18'045.85 | CHF | 18'045.85 |
| Réserves dons fondation | CHF | 10'585.25 | CHF | 10'585.25 |
| Don Loterie Romande | CHF | 7'459.70 | CHF | 1'959.70 |
| Réserve Dîme | CHF | 0.00 | CHF | 18'466.90 |
| | CHF | 36'090.80 | CHF | 49'057.70 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 49'057.70 |
| Don Fond. Haldimann - Lardy | CHF | 5'500.00 |
| Prélèvement réserve Dîme | CHF | -18'466.90 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 36'090.80 |

### 4.5.3 CAPTT

| Soit, | 31.12.2009 | | 31.12.2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Fonds d'entraide | CHF | 35'849.75 | CHF | 7'534.75 |
| Rémunération et entraide | CHF | 9'142.10 | CHF | 9'681.35 |
| Fonds RTI – Jeunesse | CHF | 77'826.67 | CHF | 89'557.24 |
| Fonds impulsion BRR | CHF | 16'459.05 | CHF | 16'459.05 |
| | CHF | 139'277.57 | CHF | 123'232.39 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | | |
|---|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF | 123'232.39 |
| Don Laboratoires BBV + Loterie | CHF | 33'000.00 |
| Divers | CHF | -4'685.00 |
| RTI – Prélèvement | CHF | -11'730.57 |
| Dissolution réserve rémunérations et entraide | CHF | -539.25 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF | 139'277.57 |

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

### 4.5.4 CENEA

| Soit, | 31.12.2009 | 31.12.2008 |
|---|---|---|
| Réserve Dîme sur l'alcool | CHF 127'522.12 | CHF 122'851.17 |
| Réserve Be my Angel | CHF 48'538.00 | CHF 48'538.00 |
| Réserve dons et prévention | CHF 32'781.75 | CHF 15'312.00 |
| | CHF 208'841.87 | CHF 186'701.17 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | |
|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF 186'701.17 |
| Dons suite ventes Alcochoix | CHF 22'939.70 |
| Divers | CHF -799.00 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF 208'841.87 |

### 4.5.5 CP

| Soit, | 31.12.2009 | 31.12.2008 |
|---|---|---|
| Réserve Dîme sur l'alcool | CHF 80'909.25 | CHF 69'269.66 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | |
|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF 69'269.66 |
| Subvention Dîme sur l'alcool | CHF 68'500.00 |
| Utilisation Dîme sur l'alcool | CHF -56'860.41 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF 80'909.25 |

### 4.5.6 CAP

| Soit, | 31.12.2009 | 31.12.2008 |
|---|---|---|
| Réserve site Internet | CHF 23'000.00 | CHF 23'000.00 |





MULLER ET CHRISTE SA

Associés : Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain
Experts-comptables diplômés

## FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL

### 4.5.7 Jeux Excessif

| Soit, | 31.12.2009 | 31.12.2008 |
|---|---|---|
| Réserve Loterie Romande | CHF 119'962.30 | CHF 206'903.00 |

Le mouvement de l'exercice se résume comme suit :

| | |
|---|---|
| Solde au 1er janvier 2009 | CHF 206'903.00 |
| Subvention Loterie Romande | CHF 0.00 |
| Prise en charge perte 2009 | CHF -86'940.70 |
| Solde au 31 décembre 2009 | CHF 119'962.30 |

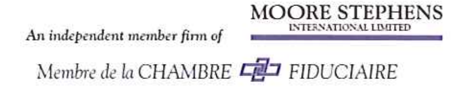
### 4.6 Pertes reportées

| | Drop'In CHF | CPTT CHF | CAPTT CHF |
|---|---|---|---|
| Solde au 01.01.2009 (perte 2008) | 1'411'693.30 | 1'443'595.34 | 740'115.90 |
| Excédents de charges 2009 | 1'590'175.99 | 1'409'213.27 | 764'336.20 |
| Prise en charge perte 2008 | -1'411'693.30 | -1'443'595.34 | -740'115.90 |
| | **1'590'175.99** | **1'409'213.27** | **764'336.20** |

| | CENEA CHF | CP CHF | CAP CHF |
|---|---|---|---|
| Solde au 01.01.2009 (perte 2008) | *3'021'999.64 | 86'287.20 | 47'379.05 |
| Excédents de charges 2009 | 1'363'037.79 | 124'335.50 | 62'032.40 |
| Prise en charge perte 2008 | -3'021'999.64 | -86'287.20 | -47'379.05 |
| | **1'363'037.79** | **124'335.50** | **62'032.40** |

* CENEA, pertes 2007 et 2008





Associés : Christe Jacques, Cuche Bernard, Schaller Damien, Schneider Georges, Vonlanthen Alain
Experts-comptables diplômés

**FONDATION NEUCHATEL ADDICTIONS, NEUCHATEL**

## 4.7 Contributions des caisses maladie

La facturation et l'encaissement des factures aux caisses maladie ont été vérifiés par le Dr C.-F. Robert, médecin cantonal, selon ses rapports écrits des 31 mars et 1er avril 2010 (CPTT, CAPTT et Drop'In).

Nous relevons comme pour les années précédentes, que CENEA a encaissé au 2e semestre des contributions des caisses maladies. Aucun rapport n'a été demandé au médecin cantonal.

## 5. REMARQUES FINALES

Nous constatons avoir été en mesure d'effectuer la révision des comptes 2009 selon les principes reconnus en la matière et avoir obtenu tous les documents et renseignements nécessaires à l'accomplissement de notre mandat.

Les vérifications que nous avons effectuées sont résumées en annexe.

Nous remercions Mme S. Sanjuan de sa disponibilité et de sa collaboration lors de nos investigations.

Neuchâtel, le 16 juin 2010
DS/sc

FIDUCIAIRE
MULLER ET CHRISTE S.A.

Raphaël Vonlanthen
*Réviseur agréé*

Damien Schaller
*Expert-réviseur agréé*
*(réviseur responsable)*